

Qualifikationsprofile und -anforderungen im Rahmen der professionellen pflegerischen Versorgung demenziell Erkrankter

1. Einleitung

Demenzerkrankungen sind auf Grund ihrer spezifischen Symptomatik sowie ihres Verlaufs eine zentrale Ursache für die Entstehung von Pflegeabhängigkeit. Dies gilt insbesondere für hochaltrige, über 80jährige Menschen (Bickel 2002: 13), deren Pflege zu den größten versorgungspolitischen Herausforderungen der Zukunft zählt. So ist die Bundesrepublik, wie kaum eine andere Gesellschaft, von einer quasi »doppelten Alterung« gekennzeichnet, denn die konstante Zunahme alter und vor allem sehr alter Menschen geht mit einem anhaltenden Geburtenrückgang einher, der die Gesamtbevölkerung schrumpfen lässt¹ und bereits heute dazu führt, dass Deutschland den weltweit dritthöchsten Anteil über 60jähriger aufweist sowie das vierthöchste Durchschnittsalter der Bevölkerung (BMFSJ 2002: 55). Die damit verbundene wachsende Verbreitung demenzieller Beeinträchtigungen (Hallauer 2002: 17) wird in den nächsten Jahren zum einen den Gesamtbedarf an personellen Pflegeressourcen in bislang ungeahntem Maße steigern, zum anderen aber auch den Stellenwert professioneller Pflege nachhaltig verändern.

Obwohl die Familie nach wie vor der »größte Pflegedienst der Nation« ist, nimmt die Nachfrage nach ambulanten und stationären Pflegeleistungen bereits kontinuierlich zu (Statistisches Bundesamt 2003: 8; Hallauer 2002a: 28) und der Anteil alter Menschen, deren Pflege ausschließlich auf dem Engagement von Angehörigen basiert, geht spürbar zurück (Statistisches Bundesamt 2003: 3f.). Für eine Fortsetzung dieses Trends spricht auch die Tatsache, dass nach gegenwärtigem Bevölkerungsstatus maximal ein Drittel aller Erwerbstätigen im Fall von Pflegebedürftigkeit mit der Unterstützung durch eigene Kinder rechnen können (Hallauer 2002: 17). Die Hochrisikogruppe für demenzielle Erkrankungen, d.h. über 80jährige Frauen, lebt zu mehr als zwei Dritteln (65 %) allein, und pflegende Angehörige, soweit überhaupt vorhanden, werden immer älter, so dass sie selbst gesundheitlich beeinträchtigt sind. Hinzu kommt, dass der Versorgungsbedarf Demenzkranker charakteristischerweise rein

familiale Pflegemöglichkeiten vergleichsweise schnell erschöpft (Bruder 2002: 87).

Aus der Perspektive der professionellen Versorgung demenziell Erkrankter kommt den Pflegeberufen wiederum deshalb eine zentrale Rolle zu, weil sie in der Regel über den häufigsten und längsten Kontakt zu den Betroffenen verfügen und ein wichtiges Bindeglied bilden zum sozialen Umfeld sowie zu anderen am Versorgungsprozess beteiligten Professionen.

2. Personelle Kapazitäten der professionelle Pflege

2.1 Nachwuchsmangel

Die allgemeine Berufsforschung belegt, dass individuelle Entwicklungschancen bei der Berufswahl eine immer bedeutendere Rolle spielen und Berufe, die dahingehende Defizite aufweisen, gemieden oder schnell wieder verlassen werden (Krüger/Rabe-Kleberg/Mischo-Kelling 1996: 13; Kirchner 2002: 150; Kuhlmei/Winter/Dräger 2002: 23). Dass dies zweifelsfrei für das Berufsfeld Pflege zutrifft, lassen bereits die anhaltenden Hinweise auf einen erneut drohenden »Pflegenotstand« erkennen sowie die Diskussionen über die Notwendigkeit der Einführung einer »green card« für den Pflegesektor. Untermauert werden solche Befürchtungen auch durch die Nachwuchsentwicklung, denn sie verweist seit längerem auf einen anhaltenden Rückgang junger Menschen, die eine pflegerische Berufsausbildung aufnehmen. So konstatiert der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bereits in seinem Gutachten 2000/2001 allein in der Krankenpflege etwa 3 800 und in der Altenpflege weitere 1 400 weniger Auszubildende als noch 1997/98 (SVRKiG 2000/2001: 86).²

Wie alarmierend die Nachwuchssituation inzwischen ist, wird ferner daran ersichtlich, dass einige Bundesländer, wie beispielsweise Hamburg, trotz angespannter Haushaltslage, mit breit angelegten Kampagnen unter Mithilfe prominenter Personen des öffentlichen Lebens gezielt um Berufsanfänger für die Altenpflege werben. Darüber hinaus wurde auf Bundesebene ein sog. »Runder Tisch Pflege« eingerichtet, der unter anderem der Frage nachgehen soll, wie eine ausreichende Zahl von Personen dauerhaft für die professionelle Pflege zu gewinnen ist. Die Attraktivität der Pflegeberufe zu steigern und somit die Ausbildungsnachfrage zu erhöhen ist nicht zuletzt auch ausgewiesenes Ziel des neuen Bundesaltenpflegegesetzes sowie des reformierten Krankenpflegegesetzes.

In welchem Maße diese politischen Initiativen zum gewünschten Erfolg führen, bleibt vorerst abzuwarten. Der Blick auf die aktuellen personellen

Kapazitäten in der stationären Altenpflege sowie in ambulanten Pflegediensten unterstreicht jedoch ihre Dringlichkeit nicht nur nachdrücklich, sondern lässt weiterführende Maßnahmen notwendig erscheinen.

2.2 Stationäre Altenpflege

Die stationäre Langzeitpflege alter Menschen rückt derzeit immer stärker und in mehrfacher Hinsicht ins öffentliche, pflegefachliche sowie gesellschaftspolitische Bewusstsein:

Erstens ist dieser Pflegebereich seit mehreren Jahren durch eine beständige Expansion gekennzeichnet, so dass seit 1998 allein über 1 000 neue Heime mit einem Versorgungsvertrag nach SGB XI entstanden sind (Statistisches Bundesamt 2003: 7f.). *Zweitens* gehen verschiedene Prognosen übereinstimmend davon aus, dass die Nachfrage nach stationärer Langzeitpflege weiterhin steigen und in der Geschichte der Bundesrepublik ein nie gekanntes Ausmaß annehmen wird (DIW 2001; KDA 2001).³ *Drittens* hat sich die Bewohnerschaft der Heime in den letzten Jahren stark verändert, wobei insbesondere demenzielle Erkrankungen zugenommen haben (Smith/Zank 2002: 191). Infolgedessen ist der überwiegende Teil der Heime inzwischen zu Versorgungseinrichtungen für Demenzkranke geworden, in denen auch alte Menschen mit ausschließlich körperlichen Einbußen betreut werden (Bruder 2002: 87). *Viertens* sind Altenheime, trotz nachweislicher Innovationen, auf Grund gravierender Betreuungsmängel jüngst in die Schlagzeilen geraten⁴ und sehen sich mit anhaltender Kritik konfrontiert bis hin zu Forderungen, sie langfristig aufzulösen (Dörner/Hopfmüller/Röttger-Liepmann 2001).

Unbestritten ist, dass die Qualität und Leistungsfähigkeit der stationären Altenpflege wesentlich durch die Anzahl sowie Qualifikation der Pflegenden beeinflusst wird (Kuhlmey/Winter 2000: 480). Ende 2001 war insgesamt fast eine halbe Million Menschen in diesem Bereich beschäftigt und somit 7,8% mehr als 1999. Erwartungsgemäß sind die meisten Mitarbeiter (315 200) schwerpunktmäßig in der Pflege und Betreuung tätig, so dass hier 9,7% mehr Arbeitsplätze entstanden. Dabei stellen Altenpflegekräfte mit 29,7% die mit Abstand größte Gruppe, gefolgt von Krankenpflegefachpersonal (14,8%) und Pflegebeschäftigten mit Helferausbildung (11%). Allerdings verfügt fast ein Fünftel (17,8%) der in der Pflege Tätigen über keinen Berufsabschluss oder befindet sich in der Ausbildung. Darüber hinaus ist die Beschäftigungssituation durch einen traditionell hohen Anteil weiblicher Mitarbeiter (84,5%) sowie Teilzeitbeschäftigter (48%) gekennzeichnet (Statistisches Bundesamt 2003: 6ff.).

Die Heimträger sind gesetzlich verpflichtet, eine mindestens 50%ige Fachkraftquote in der Pflege sicherzustellen, und haben in den letzten

Jahren entsprechende Anstrengungen unternommen (Czekay 1999; Schneekloth/Müller 2000). Im Bundesdurchschnitt beträgt die Fachkraftquote derzeit rund 48 % (Statistisches Bundesamt 2003: 7), wobei allerdings weiterhin deutliche regionale Unterschiede bestehen (Statistisches Bundesamt 2002: 12), so dass sie keineswegs als allgemeingültiger Standard zu betrachten ist.

In Bezug auf die Qualifikationsentwicklung in den Heimen ist zumindest bis 1999 ein insgesamt überproportionaler Anstieg nicht oder gering ausgebildeter Personen feststellbar (Kuhlmeier/Winter 2000: 483). Inzwischen werden zwar wieder mehr Fachkräfte registriert; dies betrifft jedoch vor allem die vergleichsweise neuen pflegespezifischen Hochschulabschlüsse im Managementbereich sowie therapeutische Berufe. Der Zuwachs an Altenpflegefachkräften fällt mit rund 15 % relativ gering aus und die Gruppe des Krankenpflegepersonals ist lediglich um 4,3 % angestiegen (Statistisches Bundesamt 2003: 20). Ferner steht ein Drittel dieses neu entstandenen Arbeitskräftepotenzials wiederum nur in Form von Teilzeitbeschäftigten zur Verfügung (Statistisches Bundesamt ebd.: 19).

Wirtschaftsexperten zufolge bietet die Ausweitung der stationären Langzeitpflege eine Chance, in spürbarem Umfang qualifizierte Arbeitsplätze zu schaffen (DIW 2001: 15f.).⁵ Die Erschließung dieses Potenzials ist u.a. jedoch an einen Konsens über die weitere Finanzierung von Pflegebedürftigkeit gebunden sowie an eine deutliche Aufwertung pflegerischer Tätigkeiten (ebd.: 3). Demgegenüber belegen aktuelle Erhebungen, dass bereits heute 14 000 unbesetzte Stellen in der stationären Altenhilfe existieren (dip 2002: 11). Dabei werden sowohl Führungskräfte als auch Pflegefach- und Hilfskräfte sowie Mitarbeiter mit speziellen Fachweiterbildungen gesucht (ebd.: 22). Folglich beurteilen ein Drittel der Führungs- und Leitungskräfte die Pflegepersonalsituation in ihrer Einrichtung als angespannt; fast die Hälfte ist der Ansicht, dass Krankschreibungen deutlich zugenommen haben, 40 % treffen diese Einschätzung auch für die Anzahl der Überstunden und knapp ein Viertel vertritt die Auffassung, die Beantragung von Kuren sei angestiegen (ebd.: 34).

In diesem Kontext verweist auch die 4. Altenberichtscommission der Bundesregierung darauf, dass es vor allem in großstädtischen Ballungsräumen immer weniger gelingt, qualifiziertes Personal für die Heime zu rekrutieren und hier bereits »ein eklatanter Personalmangel« (BMFSFJ 2002: 262) besteht, der unter Umständen nicht auf den stationären Sektor beschränkt bleibt. Die Gründe dafür werden in einem Kontinuum negativer Effekte gesehen wie beispielsweise belastende Arbeitsbedingungen,

hoher Zeitdruck, geringe individuelle Entwicklungsmöglichkeiten, ausgeprägte Organisationshierarchien sowie niedriger sozialer Berufsstatus. Starke psycho-physische Beanspruchungen führen bei einem Teil der Mitarbeiter zu Überlastungen und zum Bestreben, den Heimbereich schnellstmöglich zu verlassen. Zusammen mit den o.g. Rekrutierungsproblemen erschwert diese Tendenz wiederum die Arbeitssituation für das verbliebene Personal. Von daher wird empfohlen, den entstehenden Qualitätsdefiziten mit neuen Konzepten zu begegnen, die neben den Wohnstrukturen ebenso die Personal- und Bildungsstrukturen berücksichtigen (BMFSFJ 2002: 262).

2.3 *Ambulante Pflege*

Ende 2001 gab es in der Bundesrepublik insgesamt 10 600 ambulante Pflegedienste mit einem Versorgungsvertrag nach SGB XI und somit 2,1% weniger als im Vorjahr (Statistisches Bundesamt 2003: 11). Demgegenüber hat die Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im gleichen Zeitraum um rund 5% zugenommen (ebd.: 9). Das Leistungsspektrum der Dienste ist zwar keineswegs auf das SGB XI beschränkt, sondern umfasst in den meisten Fällen ebenso andere Sozialleistungen. In seiner Gesamtheit wird es jedoch als recht homogen charakterisiert, so dass in einigen Leistungsbereichen bereits regionale Überkapazitäten, in anderen hingegen deutliche Versorgungslücken bestehen (Kuhlmeiy 2003: 299). Dabei gilt die bedarfsgerechte gerontopsychiatrische ambulante Pflege bislang als gering ausgeprägt (Klostermann et al. 1998: 436; Kuhlmeiy/Winter 1999: 18), was zu empirisch belegbaren Defiziten in der Unterstützung demenziell Erkrankter führt (BMFSFJ 2002: 280).

Der Gesamtpersonalbestand der Pflegedienste ist im Zuge der gewachsenen Nachfrage um rund 3% gestiegen, so dass sie insgesamt über 190 000 Mitarbeiter verfügen, wobei es sich hier wiederum mehrheitlich um Frauen (86%) sowie um Teilzeitbeschäftigte handelt (65%). Unter den Haupteinsatzfeldern rangiert die sog. grundpflegerische Versorgung der Klienten mit Abstand an erster Stelle, denn zwei Drittel aller Beschäftigten (66%) sind hier schwerpunktmäßig tätig. Knapp ein Fünftel (18%) der Mitarbeiter ist für die hauswirtschaftliche Betreuung zuständig und weitere 11% sind in Leitungsfunktionen beschäftigt (Statistisches Bundesamt 2003: 5). Insgesamt besitzt knapp ein Drittel (30,3%) der Mitarbeiter eine dreijährige Krankenpflegeausbildung, 14,9% sind staatlich anerkannte Altenpflegekräfte und 7,3% haben eine pflegerische Helferqualifikation. Jeder zehnte Beschäftigte verfügt hingegen über keinen beruflichen Abschluss. Während die Zahl der Krankenpflegefach- und -hilfskräfte seit 1999 leicht rückläufig ist, kommt es im Bereich der

Altenpflege zu Personalzuwächsen. Auffallenderweise haben die Dienste im Jahr 2000 jedoch mehr Altenpflegehelfer eingestellt (+14,2%) als Altenpflegefachkräfte (+10,7%) (ebd.: 14). Insofern scheint die bereits für die 90er Jahre festgestellte Verschiebung des Qualifikationsmixes in Richtung auf geringer qualifizierte Mitarbeiter anzudauern (Kuhlmey/Winter 2000: 483).

Einerseits werden für den ambulanten Pflegesektor ebenfalls steigende Beschäftigungspotenziale prognostiziert (DIW 2001: 21)⁶, andererseits stehen bereits heute insgesamt ca. 16 200 freie Arbeitsplätze zur Verfügung, für die kein geeignetes Personal gefunden werden kann (dip 2002: 5). Ähnlich wie in Altenheimen umfasst der Personalbedarf nahezu alle Pflegequalifikationsbereiche, so dass die derzeitige Situation von einem Drittel (34%) der Leitungs- und Führungskräfte ambulanter Dienste als angespannt bezeichnet wird. Auch hier haben Überstunden und krankheitsbedingte Arbeitsausfälle deutlich zugenommen (ebd.: 34). Ambulant Pflegende erleben neben Zeitdruck und der schweren körperlichen Arbeit vor allem die Versorgung Demenzkranker sowie die Begleitung Sterbender als besondere Belastungen. Ein Teil der Mitarbeiter berichtet darüber hinaus von Monotonie sowie fachlicher Unterforderung und bei ca. 30% kommt es zum Auftreten von Burnout-Symptomen (BMFSFJ 2002: 256).

3. *Qualifizierungspraxis in der Altenpflege*

Die Ausbildungssituation in der bundesdeutschen Pflege wird seit längerem und in mehrfacher Hinsicht in der Fachöffentlichkeit kritisiert. Von daher ist in den letzten Jahren eine Reihe verschiedener Konzepte zur Reform der Pflegeausbildungen entstanden. Als zentrale Strukturprobleme gelten insbesondere die mangelnde Durchlässigkeit der Ausbildungsgänge, ihre Sonderstellung im Berufsbildungssystem sowie die Unterscheidung zwischen Alten- und Krankenpflege (vgl. dazu bspw. Landenberger/Ortmann 1999; Kuhlmey/Winter 2000; SVRKAiG 2000/2001; Kuhlmey/Winter/Dräger 2002).

Bis zum Inkrafttreten des Bundesaltenpflegegesetzes oblag die Regulierung der Altenpflegeausbildung den jeweiligen Bundesländern. Die daraus resultierenden Besonderheiten sind bis in die heutige Altenpflegepraxis hinein wirksam, da sie die Qualifikation der derzeit Beschäftigten geprägt haben. Die 16 Landesgesetze wiesen teilweise deutliche Unterschiede auf (Rennen-Allhoff 2000: 292f.). So konnte die Ausbildung je nach Bundesland beispielsweise direkt im Anschluss an einen allgemeinbildenden Schulabschluss begonnen werden oder aber,

im Sinne einer Weiterbildung, erst nach einer zuvor beendeten anderen Berufsausbildung (Oelke/Menke 2002: 83). Der pflegerische Berufsabschluss wurde in einigen Regionen bereits nach zwei Jahren erworben; in anderen erst nach drei Jahren. Der Umfang des fachtheoretischen Unterrichts variierte zwischen 1 600 und 2 540 Stunden und die praktische Ausbildung umfasste von 1 400 bis zu 3 000 Stunden. Darüber hinaus waren die Inhalte der theoretischen Ausbildung durch unterschiedliche Schwerpunktsetzungen geprägt (Rennen-Allhoff 2000: 292f.). Hier schwankte der Anteil medizinisch-pflegerischer Themen zwischen 12 % und 63 %, gerontologische Inhalte wurden in einer Bandbreite von 5 % bis 33 % berücksichtigt und sozialpflegerisch-beratende Fragestellungen fanden zu 4 % bis 35 % Eingang in den theoretischen Unterricht (Oelke/Menke 2002: 83).

Insgesamt stand diese Qualifizierungspraxis der Gewährleistung einer Mindestausbildungsqualität entgegen (Meifort/Becker 1997: 51). Darüber hinaus belegt eine Längsschnittstudie, dass die Hälfte der so Qualifizierten meinen, zu wenig praktische Erfahrungen und Kompetenzen vermittelt bekommen zu haben und sich u. a. auf die Betreuung psychisch veränderter alter Menschen zu wenig vorbereitet fühlen. Dies wiederum führt bereits am Ende der Ausbildung zu einem hohen selbst empfundenen Weiterbildungsbedarf sowie zum Bestreben, den Beruf möglichst schnell wieder zu verlassen (Meifort/Becker 1997).

Im August 2003 wurden die Landesgesetze durch das Bundesaltenpflegegesetz abgelöst und die Ausbildungsdauer einheitlich auf drei Jahre festgelegt. Erklärtes Qualifikationsziel ist es, die Lernenden zur selbständigen, eigenverantwortlichen Pflege alter Menschen zu befähigen und ausdrücklich auch Kompetenzen für ihre Beratung, Betreuung und Begleitung zu vermitteln (vgl. Oelke/Menke 2002, S.85). Die praktische Ausbildung umfasst nunmehr 2 500 Stunden und überwiegt somit den schulischen Ausbildungsteil (2 100 Stunden), der wiederum nach Lernfeldern anstelle von Unterrichtsfächern strukturiert ist (BMFSFJ 2002a, 4418ff.). Den umfangreichsten Ausbildungsinhalt stellt die personen- und situationsbezogene Pflege alter Menschen dar. Die dafür vorgesehenen 720 Stunden sind unter ausdrücklicher Berücksichtigung der Gerontopsychiatrie und Pflege dementer alter Menschen wiederum 18 Themen gewidmet.

Die fachpraktische Qualifizierung erfolgt in stationären und ambulanten Altenpflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag. Ferner können Ausbildungsabschnitte in weiteren Institutionen stattfinden, wie z. B. in psychiatrischen Krankenhäusern mit gerontopsychiatrischer Fachabteilung. Die an der Ausbildung beteiligten Pflegeeinrichtungen haben darüber

hinaus eine geeignete Praxisanleitung durch Fachkräfte sicherzustellen, die über eine mindestens zweijährige Altenpflegerische Berufserfahrung sowie einen berufspädagogischen Weiterbildungsabschluss verfügen (ebd.: 4418).

Zweifelsohne markiert das neue Ausbildungsgesetz einen wichtigen und lange überfälligen Meilenstein in der Weiterentwicklung des Berufes. Darüber hinaus sind daraus wichtige Impulse für das inzwischen ebenfalls reformierte Krankenpflegegesetz hervorgegangen. Unabhängig von teils kritischen Positionen Altenpflegerischer Interessenvertretungen bleibt indes fraglich, inwieweit der bildungspolitischen Forderung nach bundesweit gültigen Mindestqualitätsmaßstäben für die praktischen Ausbildungsanteile mit dem Gesetz nachgekommen wird (Meifort/Becker 1997: 10f.). Weiterhin ist festzustellen, dass die Sonderstellung der Pflege im Berufsbildungssystem ebenso fortbesteht wie die Möglichkeit der Qualifizierung von Altenpflegehilfskräften auf Länderebene. Hinzu kommen verschiedene nicht staatliche Ausbildungen für berufsähnliche Tätigkeiten in der Altenpflege wie z.B. zum Altentherapeuten oder -betreuer. Ähnliches gilt für das kaum überschaubare Weiterbildungsangebot in der Pflege, das Länderrecht unterliegt, weitgehend den Prinzipien des freien Marktes folgt und qualitativ sehr unterschiedlich ausfällt (Landenberger/Ortmann 1999: 26; SVRKAiG 2000/2001: 88). Bei einer schwerpunktmäßigen Betreuung Demenzkranker haben Pflegeeinrichtungen im Rahmen ihres Versorgungsvertrages zwar ausreichend gerontopsychiatrisch geschultes Personal sicher zu stellen; ein Gesamtüberblick der verschiedenen Bildungsinitiativen existiert jedoch bislang genau so wenig wie verlässliche Angaben über die Anzahl dieser spezifischen Fachkräfte.

Insgesamt besteht somit die Gefahr, dass sich die seit längerem kritisierte schleichende Deprofessionalisierung der Altenpflege (Meifort/Becker 1997: 51) fortsetzen kann. Über diesen Eindruck vermögen auch die Fortschritte auf dem Gebiet der Akademisierung in der Pflege kaum hinweg zu täuschen. So werden in den rund 50 entsprechenden Studiengängen vorrangig Lehr- und Leitungskräfte qualifiziert, wobei erste Befunde zum Arbeitsmarkt und Berufsverbleib der Absolventen wiederum zeigen, dass die Altenpflege wenig von diesem Qualifizierungsschub zu profitieren scheint (vgl. ausführlicher: Winter 2003).

Des Weiteren wird in Deutschland zunächst noch zwischen verschiedenen Pflegeberufen differenziert und eine generalistische bzw. berufsfeldübergreifende Qualifizierung kann ausschließlich im Rahmen von Modellversuchen stattfinden (vgl. dazu z.B. Oelke 2002). In den meisten Mitgliedstaaten der europäischen Union existiert demgegenüber nur

eine einzige Pflegegrundausbildung, die darüber hinaus häufig auf Hochschulniveau angesiedelt ist (Rennen-Allhoff/Bergmann-Tyacke 2000: 13). Diese primärqualifizierenden Studiengänge werden hierzu-lande lediglich an einigen wenigen Fachhochschulen erprobt und die berufsrechtliche Anerkennung der Absolventen als Pflegefachkräfte gestaltet sich nach wie vor schwierig. Infolgedessen ist eine Verankerung dieser Angebote in das grundständige Studiengangsspektrum nicht absehbar, so dass der Gesundheitspolitik vorgeworfen wird, die berufspolitische sowie pflegewissenschaftliche Diskussion der letzten Jahre zu ignorieren bzw. keine strategische Abstimmung mit der Bildungspolitik vorzunehmen (Elzer 2002: 8).

4. *Aufgabenteilung und Verhaltensunterschiede in der Pflegepraxis*

In der Pflegepraxis führt die sozialgesetzgeberische Unterscheidung zwischen so genannter Grund- und Behandlungspflege u.a. zu dem häufig beobachtbaren Phänomen, dass originär pflegerische Aufgaben bei der Versorgung alter Menschen von Hilfskräften übernommen werden und Fachkräfte sich auf die Mitwirkung bei der medizinischen Behandlung konzentrieren (BMFSFJ 2002: 274). Für ambulante Pflegedienste zeigt sich zudem, dass die Qualifikation der Beschäftigten für die Ausprägung des Tätigkeitsprofils eine geringere Rolle spielt als die Trägerschaft des Dienstes, seine Größe und innerbetriebliche Organisation. Folglich werden hier Fachkräfte auch für Arbeiten eingesetzt, für die eine Pflegeausbildung nicht unbedingt erforderlich wäre, und umgekehrt gilt, dass von Hilfskräften Arbeiten übernommen werden, die eine Fachausbildung verlangen würden (Polak/Barthelme/Garms-Homolová 1999: 13ff.). Die tendenzielle Ausgliederung direkter Pflegeleistungen aus dem Aufgabenspektrum des qualifizierten Personals ist pflegefachlich jedoch nicht zu rechtfertigen, weil ihre Vernachlässigung hauptverantwortlich ist für zentrale pflegerische Qualitätsdefizite, wie z.B. Fehlernährung oder Dekubiti (BMFSFJ 2002: 288).

Im Hinblick auf die komplexen Pflegebedürfnisse demenziell Erkrankter weisen pflegewissenschaftliche Forschungsergebnisse einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Qualifikationsgrad der Pflegenden und der Lebensqualität ihrer Klienten nach. Demnach neigen angelernte oder schlecht ausgebildete Pflegekräfte im Umgang mit Demenzkranken häufiger zu einschränkenden Maßnahmen, weil sie schneller überlastet und weniger in Lage sind, auf spezifische Verhaltensweisen der Betroffenen mit adäquaten Mitteln zu reagieren (Schwert/Tschainer 2002: 251). Darüber hinaus finden sich in internationalen Studien sogar

Belege für eine Korrelation der niedrigen Qualifikation mit der Akzeptanz von Therapie- und Pflegeverzicht sowie der Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe. Die Entwicklung einer solchen Haltung wird offensichtlich begünstigt durch berufliche Unzufriedenheit, Burnout, ein junges Alter sowie fehlenden privaten Umgang mit Pflegebedürftigen (Waxmann et al. 1988).

5. *Zentrale Kompetenzanforderungen an die professionelle Pflege Demenzkranker*

Die Analyse der quantitativen und qualifikatorischen Gegebenheiten in der Altenpflege lässt erkennen, dass die zentralen Zukunftsherausforderungen zum einen darin bestehen, genügend junge Menschen für die Pflege zu gewinnen. Zum anderen wird es mehr denn je darum gehen müssen, ihren Einsatz und vor allem ihre Ausbildung in Hinblick auf die spezifischen Belange demenziell Erkrankter zu optimieren. In diesem Kontext betonen aktuelle pflegepädagogische Expertisen die besondere Bedeutung verschiedener *Kernkompetenzbereiche* (Schwerst/Tschainer 2002: 250ff.).

Grundlegend erscheint zunächst, die oft lang andauernde und Kontinuität benötigende soziale Beziehung zum Pflegebedürftigen gestalten zu können (*soziale Kompetenz*). Dazu bedarf es u. a. der Fähigkeit, die Pflege aus der Perspektive der Gepflegten zu betrachten und hierbei die lebensgeschichtlichen Besonderheiten zu berücksichtigen, die sich aus dem hohen Alter der Klienten ergeben. Die oftmals eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten Demenzkranker machen zudem ein empathisches Gespür für ihr spezifisches Erleben auf Seiten der Pflegenden notwendig.

Eine Anforderung im Sinne von »Selbstpflege« der Professionellen sowie der Weiterentwicklung der Pflegepraxis besteht in der kontinuierlichen Reflexion des eigenen Handelns (*selbstreflexive Kompetenz*). Sie kann vor Überforderung schützen und somit dem Aufkommen damit oft einhergehender Phänomene, wie übermäßige Routine oder Konzentration auf funktionelle Pflegeaspekte sowie innere Kündigung usw. vorbeugen. Nicht zuletzt aus diesem Grund sollten die Träger von Pflegeeinrichtungen Pflegemitarbeiter in ihrem Bemühen um Selbstreflexion unterstützen (z.B. durch Supervisionsangebote) (BMFSFJ 2002: 282).

Die oftmals beobachtbaren Defizite bei der Realisierung des Pflegeprozesses und seiner Dokumentation (z.B. Brucker 2000) lassen sowohl das pflegerische Assessment (*klinische Beurteilungskompetenz*) als

auch das Spektrum der Pflegemaßnahmen (*pflegepraktische Handlungskompetenzen*) ausbaufähig erscheinen. Eine differenzierte Beurteilung in Form einer Pflegediagnostik, die neben dem Zustand des Pflegebedürftigen, seine soziale Lage sowie die vorhandenen Ressourcen einschließt, stellt die Basis für den gesamten Pflegeprozess dar. Ferner trägt sie dazu bei, häufig unbeachtete interindividuellen Unterschieden im Befinden und Erleben Demenzkranker zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass die prozesshafte Gestaltung der Pflege und ihre Steuerung als Kernelemente pflegerischen Handelns von Fachkräften zu verantworten sind (Schwerdt/Tschainer 2002: 254ff.). Dies erfordert, neben umfangreichen Kenntnissen des Versorgungssystems, wiederum ein hohes Maß an Koordinationsfähigkeiten inklusive einer effektiven Arbeitszeiteinteilung. Von daher sollte bereits in der Pflegegrundausbildung Wert gelegt werden auf die Ausprägung entsprechender *Managementkompetenzen*.

Insbesondere im Kontakt zu demenziell Erkrankten entstehen darüber hinaus immer wieder Situationen, in denen Pflegenden entscheiden müssen, ob ein bestimmtes Verhalten zugelassen werden kann oder einzuschränken ist, weil es z.B. zur Gefährdung des Klienten führt. Hier ist ein *ethisches Urteilsvermögen* gefragt, das sich bei der Entscheidungsfindung an gesetzlichen Rahmenbedingungen, vor allem aber am Wohlbefinden des Pflegebedürftigen und seiner größt möglichen Selbständigkeit orientiert (ebd.: 256f.).

Einen in der Ausbildungspraxis bislang häufig vernachlässigten Anforderungskomplex stellen *personengebundene Kompetenzen* dar, die lediglich in begrenztem Umfang vermittelt bzw. erlernt werden können. Ausgehend von der spezifischen Bereitschaft, die psycho-physische Nähe zu demenziell Erkrankten zuzulassen, zählt hierzu vorrangig die Fähigkeit, ihrem Verhalten ein hohes Maß an Toleranz und Flexibilität entgegen zu bringen sowie die Beziehung authentisch und wertschätzend zu gestalten. Im Gegensatz zur Pflege anderer Personengruppen hat berufliche Distanz hier nur eine geringe kompensatorische Wirkung. Darüber hinaus ist eine personenzentrierte, fördernde Pflege Demenzkranker eng mit der Kreativität, Fantasie und Experimentierfreudigkeit Pflegenden verknüpft und ihrem Vermögen, assoziativ zu denken. Nicht zuletzt die in Pflegeberufen allgemein weit verbreiteten gesundheitlichen Belastungen verweisen auf die große Bedeutung, eigene Belastungsgrenzen zu erkennen und für entsprechende Ausgleichsmöglichkeiten zu sorgen (BMBFSJ 2002: 285).

Insgesamt könnte eine stärkere Diskussion individueller Kompetenzen für die Pflege Demenzkranker sowohl bei Ausbildungs- und Pflege-

einrichtungen, als auch bei Kostenträgern und verantwortlichen Politikbereichen der Erkenntnis zum Durchbruch verhelfen, dass nicht jede Person für die Versorgung Demenzkranker geeignet ist.

Korrespondenzadresse:

Dr. rer. cur. Maik H.-J. Winter, Dipl. Pflegepäd., Altenpfleger
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin
Institut für Medizinische Soziologie, Zentrum für Human- und
Gesundheitswissenschaften
Thielallee 47
14195 Berlin

Anmerkungen

- 1 Seit Anfang der 50er Jahre nimmt die Zahl der über 60jährigen konstant zu, wobei Hochaltrige mit einem Zuwachs von rund 275 % zu der am schnellsten wachsenden Subgruppe zählen. Prognosen zufolge werden im Jahr 2050 rund 8 Millionen Bundesbürger, bzw. 11,3 % aller Deutschen, das achte Lebensjahrzehnt vollendet haben. Demgegenüber ist die Zahl junger Menschen von Geburtskohorte zu Geburtskohorte rückläufig, so dass bis 2050 ein Gesamtbevölkerungsrückgang von rund 14 % angenommen wird (BMFSFJ 2002:55).
- 2 Im Jahr 2000 gingen in der Bundesrepublik rund 65 000 Personen einer Krankenpflegeausbildung nach und weitere knapp 37 000 wurden in der Altenpflege qualifiziert (ohne die Altenpflegeschüler/-innen in Hessen und Thüringen) (Bundesministerium für Gesundheit 2001: 242).
- 3 Demnach sind künftig 10 000 zusätzliche Heimplätze jährlich nötig, wenn es nicht zur Optimierung alternativer Versorgungsangebote kommt (KDA 2001: 1). Für die nächsten zwei Jahrzehnte wird zudem ein Zuwachs an Heimbewohnern um 57 % (330 000) vorhergesagt und bis zum Jahr 2050 sogar eine Steigerung von 73 % bzw. 570 000 angenommen (DIW 2001: 7).
- 4 So weisen beispielsweise die Ergebnisse einer MDK-Überprüfung von über 4 000 Einrichtungen die unzulängliche Umsetzung des Pflegeprozesses sowie eines Pflegekonzeptes als häufigste Qualitätsdefizite aus. Ferner rangiert das Phänomen der »passivierenden Pflege« auf Platz vier dieser Mängelliste und auch die Dekubitusprophylaxe, Inkontinenzversorgung und Leitbildorientierung in der Pflege werden kritisiert (Brucker 2001: 16ff.).
- 5 In diesem Zusammenhang werden bis 2020 insgesamt 160 000 zusätzliche Arbeitsplätze prognostiziert bzw. weitere 280 000 bis zum Jahr 2050 (DIW 2001: 15f.).
- 6 So könnte der Bedarf an ambulanten Vollzeitpflegekräften bis 2020 auf 40 100 und bis zum Jahr 2050 sogar auf 62 400 ansteigen. Noch höher würde der Personalbedarf ausfallen, wenn es zu einer Verschiebung der Leistungsanspruchnahme im Sinne einer größeren Nachfrage nach Sachleistungen käme. Für diesen Fall gehen die Wirtschaftsexperten von 52 800 zusätzlichen Arbeitsplätzen für Pflegekräfte im Jahr 2020 aus sowie von 82 200 im Jahr 2050 (DIW 2001: 21).

Literatur

- Bickel, H. (2002): Stand der Epidemiologie. In: J. Hallauer; A. Kurz (Hg.): Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland, Stuttgart: Thieme, 10-14.
- Brucker, U. (2001): Qualität in der Pflege: Schwachstelle Management. In: Die BKK. Zeitschrift der betrieblichen Krankenversicherung, 89. Jg., 1, 14-19.
- Bruder, J. (2002): Anforderungen an die Pflege Demenzerkrankter. In: J. Hallauer; A. Kurz (Hg.): Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland, Stuttgart: Thieme, 87-89.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2002a): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (AltPflAPrV), Berlin: 26. November 2002, 4419-4428.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2001): Daten des Gesundheitswesens, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 137, Baden-Baden: Nomos.
- Czekay, S. (1999): Qualifikationen und Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. In: Forum Public Health, 7. Jg., 25, 12-13.
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) (Hg.) (2002): Pflege-Thermometer 2002. Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des Pflegepersonalwesens in Deutschland, Köln.
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (Hg.) (2001): Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050. DIW Diskussionspapier Nr. 240, Berlin.
- Dörner, K.; Hopfmüller, E.; Röttger-Liepmann, B. (2001): Für eine Auflösung der Heime. Aufforderung an den Deutschen Bundestag, eine Kommission zur »Enquete der Heime« einzusetzen. In: Dr. med. Mabuse. Zeitschrift für das Gesundheitswesen, 26. Jg., Nr.133; 29-36.
- Elzer, M. (2002): Schlechter Witz. Kommentar zum neuen Entwurf für ein Krankenpflegegesetz (KrPflG) aus der Perspektive akademischer Pflegestudiengänge. In: Dr. med. Mabuse. Zeitschrift im Gesundheitswesen, 27. Jg., Nr. 139, 7-8.
- Hallauer, J. (2002): Epidemiologie für Deutschland mit Prognose. In: J. Hallauer; A. Kurz (Hg.): Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland, Stuttgart: Thieme, 15-17.
- Hallauer, J. (2002a): Zukünftige Entwicklungen/4. Altenbericht. In: J. Hallauer; A. Kurz (Hg.): Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland, Stuttgart: Thieme, 26-29.
- Kirchner, J. (2002): Aufgaben und Perspektiven der Pflege. In: M. Arnold; J. Klauber; H. Schellschmidt (Hg.): Krankenhaus-Report 2001. Schwerpunkt: Personal, Stuttgart, New York: Schattauer, 141-153.
- Klostermann, M; Steinkamp, G.; Tropberger, F.; Werner, B. (1998): Gerontopsychiatrische Versorgung durch ambulante Pflegedienste. Ergebnisse einer empirischen Analyse. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31, Heft 6, 426-437.
- Krüger, H.; Rabe-Kleberg, U.; Mischo-Kelling, M. (1996): Pflegewissenschaft als universitäre Ausbildung. In: H. Krüger; G. Piechotta; H. Remmers (Hg.): Innovation der Pflege durch Wissenschaft. Perspektiven und Positionen, Reihe: Forum Pflege-wissenschaft 1, Bremen: Altera, 11-32.

- Kuhlmei, A. (2003): *Pflegerische Versorgung*. In: Schwartz, F.W. et al. (Hg.): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*, München: Urban und Fischer, 297-303.
- Kuhlmei, A.; Winter, M.H.-J. (1999): Die Kluft zwischen Wahrnehmung und Bedeutung: Der Anteil der Pflege an Kuration, Prävention, Rehabilitation und Sterbegleitung sollte endlich anerkannt werden. In: *Balk Info, Fachzeitschrift für Pflegemanagement*, 40, 16-18.
- Kuhlmei, A.; Winter, M.H.-J. (2000): *Qualifikationsentwicklung in der deutschen Pflege – Ergebnisse einer aktuellen Datenanalyse*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 33: 480-487.
- Kuhlmei, A.; Winter, M.H.-J.; Dräger, D. (2002): *Profession Pflege: Professionalisierung der Pflege*, Studienbrief 11, Pflegewissenschaft II; Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (Hg.) (2001): *Neue Modellberechnung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe: Jährlich 10.000 zusätzliche Pflegeheimplätze benötigt*, Nürnberg: Pressemitteilung vom 21.03.01.
- Landenberger, M.; Ortman, J. (1999): *Pflegeberufe im europäischen Vergleich. Expertise der Berufs- und Ausbildungssituation in der Alten-, Kranken- und Behindertenpflege. Arbeitsmarktpolitische Schriftenreihe der Senatsverwaltung für Arbeit, Berufliche Bildung und Frauen*, Band 37, Berlin: BBJ Verlag.
- Meifort, B.; Becker, W. (1997): *Altenpflege – eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? Dokumentation einer Längsschnittuntersuchung zu Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften*. Bundesinstitut für Berufsbildung (Hg.): *Berichte zur beruflichen Bildung*, Heft 2000, *Qualifikationsforschung im Gesundheits- und Sozialwesen*, Bielefeld: Bertelsmann.
- Oelke, U. (2002): *Gemeinsame Ausbildung. Das evaluierte Curriculum – Teil II*. In: *Pflegemagazin. Zeitschrift für den gesamten Pflegebereich*, 3. Jg., Heft 2, 38-47.
- Oelke, U.; Menke, M. (2002): *Qualifizierung des Pflegepersonals*. In: G. Igl; D. Schiemann; J. Klose (Hg.): *Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe*, Stuttgart: Schattauer, 79-96.
- Polak, U.; Barthelme, G.; Garms-Homolová, V. (1999): *Qualifikation und Tätigkeitsprofile in der ambulanten Pflege*. In: *Forum Public Health*, 7. Jg., 25, 13-14.
- Rennen-Allhoff, B. (2000): *Qualifikatorische Rahmenbedingungen: Berufliche Bildung in der Pflege*. In: B. Rennen-Allhoff; D. Schaeffer (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*, Weinheim: Juventa, 283-306.
- Rennen-Allhoff, B.; Bergmann-Tyacke, I. (2000): *Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe in Europa – Ausbildungsstandards in den EU-Mitgliedstaaten*, Bern: Hans Huber.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002/2001): *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001, Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege*, Bonn.
- Schneekloth, U.; Müller, U. (2000): *Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*, Band 127, Baden-Baden: Nomos.
- Schwerdt, R.; Tschainer, S. (2002): *Spezifische Anforderungen an die Pflege demenziell erkrankter Menschen*. In: *Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.): Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung*, Band III: *Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung*, Hannover: Vincentz, 181-287.

- Smith, J.; Zank, S. (2002): Forschungsaktivitäten im Themenfeld Hochaltrigkeit. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.): Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung, Band I: Das hohe Alter. Konzepte, Forschungsfelder, Lebensqualität, Hannover: Vincentz, 97-227.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2002): 3. Kurzbericht: Pflegestatistik 1999 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich: Pflegeheime, Bonn.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2003): Bericht: Pflegestatistik 2001 – Deutschland-ergebnisse, Bonn.
- Waxmann, H.; Astrom, S.; Norberg, A.; Winblad, B. (1988): Conflicting Attitudes toward euthanasia for severely demented patients of health care professionals in Sweden. In: Journal of the American Geriatrics Society 36 (5): 397-401.
- Winter, M.H.-J. (2003): Die ersten Pflegeakademiker in Deutschland: Eine explorative Untersuchung zu Arbeitsmarktperspektiven und Berufsverbleib im Altenpflegebereich und zum Kenntnisstand über den allgemeinen Berufsverbleib, Dissertation, Universitätsbibliothek der Humboldt- Universität zu Berlin (Buchpublikation in Vorbereitung).