

Einführung

Gegenwärtig beklagen bundesweit Vertreter von Unternehmen, Kammern und Verbänden sowie der Politik einen spürbaren Mangel an Fachkräften und fehlenden Nachwuchs: Unternehmen können offene Stellen zum Teil nicht besetzen.

Aber nicht nur im Bereich von Handwerk, Handel und Industrie – so tragen beispielsweise Branchen wie der Maschinen- und Fahrzeugbau sowie die Chemische Industrie maßgeblich zum aktuellen Aufschwung nach der Weltwirtschaftskrise bei – ist die Suche nach hochqualifizierten Kräften mittlerweile schwierig, auch die Träger bzw. Leistungserbringer im Gesundheitssektor haben deutliche Probleme bei der Rekrutierung von Fachkräften aller Qualifikationsniveaus.

Als Fachkräftemangel lässt sich das allmähliche Auseinanderklaffen zwischen dem wachsenden betrieblichen Bedarf an gut qualifizierten Arbeitskräften und dem schrumpfenden Fachkräfteangebot bezeichnen. Die Notwendigkeit des betrieblichen Bedarfs an Arbeitskräften zugunsten der höher qualifizierten Mitarbeiterinnen liegt bekanntlich in den ordnungs- und leistungsrechtlichen Vorgaben für die stationäre Altenhilfe begründet. Der Begriff Fachkräfte bzw. Arbeitskräfte für qualifizierte Tätigkeiten (z. B. Behandlungspflege) subsumiert Beschäftigte, die

- eine abgeschlossene Berufsausbildung,
- eine entsprechende Berufserfahrung oder
- einen Hochschul-/Fachhochschulabschluss vorweisen können.

Somit ist die Fachkraftdefinition (noch) eng an formale Abschlüsse gekoppelt und basiert auf dem Vorhandensein von spezifischen Qualifikationen. Inwieweit zukünftig kompetenzorientierte Anforderungsprofile das arbeitspolitische Bild prägen werden, erscheint derzeit wenig absehbar. Zukünftig wird es wichtig sein, *was* jemand kann (im Sinne von Kompetenz), und nicht, welcher Titel oder welche Berufsbezeichnung erworben wurde.

Je nach Konzept und Versorgungsschwerpunkt beinhaltet die Begrifflichkeit Pflegekraft auch die Mitarbeiterinnen der Betreuung, der Beschäftigung und der Alltagsbegleitung. In diesem Buch wird die Bedeutung einer Pflegefachkraft synonym mit den Bezeichnungen Pflegeperson, Beschäftigte, Pflegende, Pflegeakteur oder Mitarbeiterin gebraucht. Um der weiblichen Präsenz in der Altenhilfe gerecht zu werden, wird ausschließlich eine feminine Ausdrucksweise stellvertretend für beide Geschlechter verwendet.

In der Literatur sowie bei unzähligen Veröffentlichungen und Hochglanzbroschüren von Beratungsunternehmen und Personaldienstleistern wird sich der Thematik Personalmarketing schon seit längerem intensiv gewidmet. Jedoch erscheinen die Inhalte und Zielsetzungen gelegentlich sehr managementlastig und nebulös. Letztendlich lebt eine ganze Branche von den (zeitlichen, fachlichen usw.) Unzulänglichkeiten der Verantwortlichen bei Trägern und Pflegeheimen vor Ort.

Die in Industrie und Wirtschaft schon seit langem alltäglichen Ansätze wie Autonomiegrade und Arbeitgeberattraktivität, Job-Rotation und Job-Enrichment, Personalportfolios und Employee-Branding, Assessment-Center und Job-Embeddedness, Recruiting-Workshops und Talent Relationship Management, Leadership-Programme und e-Recruiting, Bewerberpools und Talentmarketing, Diversity-Management und Team-

building wirken für die Praktikerinnen in den Einrichtungen der Altenhilfe eher hochtragend-uncharmant und eher abschreckend als les- und umsetzbar.

Die Institute und Beratungsfirmen treten hier vordergründig als Dolmetscher von arbeits- und organisationspsychologischen Erkenntnissen auf und erklären Maßnahmen, die in den Heimen möglicherweise selbst leicht umzusetzen wären. Schließlich wurden funktionierende Qualitätsmanagementsysteme auch überwiegend in Eigenregie installiert.

Dieses Werk hat nicht den Anspruch, seinen Inhalt hochwissenschaftlich zu präsentieren und die vorgeschlagenen Ideen mit empirisch belastbaren Daten repräsentativ zu untermauern. Vielmehr ist der Inhalt als eine Art praktischer Bauchladen gedacht, aus dem je nach individuellen Gegebenheiten vor Ort eine Überlegung oder ein Instrument herausgegriffen werden kann, welches dann an die Situation und an die vorhandenen Möglichkeiten angepasst werden kann. Viele Ansätze sind dem Autor in seiner Praxis schon begegnet, manches findet Anwendung in der Industrie und Wirtschaft, wenngleich dort die Rahmenbedingungen nur wenig vergleichbar sind, was manchmal in der ganzen Professionalisierungsdiskussion vergessen wird. Einige Werkzeuge des Personalmarketings stellen Eigenkreationen dar, deren praktische Umsetzung sich aber durchaus auf den Kontext Pflegeheim anwenden lässt.

Ganz allgemein handelt es sich beim Thema Personalmangel nicht um ein plötzlich auftretendes und bisher unbekanntes Problem (u. a. Pick et al. 2004; IWAK 2005). Jedoch herrschte bei zahlreichen Trägern der Thematik gegenüber Gleichgültigkeit und die Personalressourcen von einst wurden als ewigkeitswährend eingestuft. Darüber hinaus herrschte bisher das Primat der Bewohnerschaft. Ein fataler Irrtum, wie viele hektische Korrekturmaßnahmen auch großer Trägerverbände demonstrieren – beispielsweise ist die Evangelische Heimstiftung in Baden-Württemberg (mit rund 70 stationären Einrichtungen) nach einer vorübergehenden Abkehr vom Tarifsysteem der diakonischen Kirche wieder zu einer tariflichen Vergütung zurückgekehrt und hat obendrein vor allem die Einstiegsvergütung für examinierte Pflegefachkräfte als Attraktivitätskriterium deutlich angehoben (Bury 2010).

Ebenso zahlreich fanden und finden bundesweit lokale oder überregionale Imagekampagnen statt. www.job-des-lebens.de, www.berufe-mit-sinn.de oder www.pflege-in-not.eu verdeutlichen dabei einerseits die unterschiedlich betonten, aber bundesweit gemeinsam getragenen Forderungen der Initiatoren: Alle Berufsverbände, die Politik, Institute, Experten und Interessenvertreter stimmen in den proklamierten Lösungsansätzen überein. Andererseits kommt aber die Hilflosigkeit zum Ausdruck, handelt es sich bei den Verbesserungsmaßnahmen doch überwiegend um Gemeinplätze. Es fehlen detaillierte und vor allem erfolgreiche Ideen, wie das Image nachhaltig optimiert werden kann, um ein spürbar positives Berufsbild zu schaffen, wie es beispielsweise bei der Berliner Stadtreinigung (BSR) geschehen ist, indem eine „Schmuddelbranche“ über eine gelungene Imagekampagne für Jugendliche äußerst attraktiv wurde. Es bleibt das Fazit, dass es das Pflegepersonal als willfähige, unerschöpfliche Verfügungsmasse nicht mehr gibt.

Nichtsdestotrotz oder gerade deswegen muss bei den Trägern und deren Vorsitzenden, Vorständen, Aufsichtsräten, Stiftungspräsidien, Geschäftsführungen, Prokuristen usw. ein deutlicher Bewusstseinswandel erfolgen. Denn die meisten der immer notwendigeren Maßnahmen zur Gewinnung von Nachwuchs, zur Anwerbung neuer Pflegekräfte und zur langfristigen Bindung der schon vorhandenen Mitarbeiterinnen werden mit zusätzlichen finanziellen Ausgaben verbunden sein. Dementgegen stehen dann in der Realität die von großen Trägern gegründeten unternehmenseigenen Zeitarbeitsfirmen, in denen die ausgelagerten Fachkräfte zu schlechteren Konditionen (vor allem geringere Löhne) angestellt werden. Aber auch dies kann den Trend kaum aufhalten,

dass die Altenhilfe mit ihren Versorgungsstrukturen teurer werden wird, unweigerlich und unaufhaltsam.

Personalmarketing umfasst dabei alle Maßnahmen und Ansätze der Personalpolitik eines Pflegeheimträgers, die auf die Bedürfnisse der schon tätigen, aber auch der zukünftigen Pflegepersonen ausgerichtet sind, um neues Personal zu gewinnen oder anzuwerben. Es gilt jedoch gleichermaßen, die vorhandenen Beschäftigten zu motivieren und langfristig zu halten, um sich letztendlich als attraktiver und interessanter Arbeitgeber auf dem Markt der stationären Altenhilfe zu präsentieren.

Dass die hier vorgestellten Ansätze mitunter nur schwerlich Umsetzung im jeweiligen Einzelfall finden können, ist erstens der differenzierten und komplizierten Gesetzeslage geschuldet, die im Zuge des föderalen Prinzips zu unüberschaubaren individuellen Rahmenbedingungen vor Ort führt (u. a. die länderspezifischen Heimgesetzgebungen oder Rahmenverträge nach § 75 SGB XI). Hinzu gesellen sich zweitens zahlreiche landesspezifische Verordnungen, landkreisinterne Absprachen und personenabhängige Interpretationsspielräume (Heimaufsicht, Gesundheits- oder Finanzamt u. v. a. m.). Und drittens existiert aufgrund der individuellen stationären Vielfalt generell keine standardisierte, allgemeingültige Vorgehensweise, die stets eine Eins-zu-Eins-Umsetzung ermöglicht und der immer Erfolg beschieden ist. Aus diesem Grund erfolgen immer nur beispielhafte Hinweise und grobe Ideen, die für eine Umsetzung lediglich sensibilisieren und anregen sollen: An einigen Stellen funktionieren die Ansätze, an anderen nicht, aber zumindest sollten Überlegungen und Denkanstöße ausgelöst werden. Für die einzelne Einrichtung obliegt es dann den Entscheidern selbst, die Strukturen zu klären, Prozesse abzustimmen und die Einführung detailliert auszuführen. Für Rückmeldungen zu den möglichen Initiativen würde sich der Autor dankbar zeigen.

Was aber nochmals betont werden soll, ist die Alternativlosigkeit zu den hier aufgezeigten Überlegungen, wenn ein Träger mittelfristig im schon vorherrschenden Verdrängungswettbewerb fortbestehen und sich auf dem Spielfeld des „War of talents“ einige bedeutende Spielfiguren sichern möchte. Dies gilt es mit aufbereiteten Daten den Geschäftsführungen oder Vorständen zu verdeutlichen.

Problematisch ist natürlich die suboptimale Finanzierung all dieser Ansätze, die umgekehrt aber dennoch wieder äußerst klar erscheint. Denn weder im Ordnungsrecht noch in der Sozialgesetzgebung (SGB XI) ist das System Personalmarketing bzw. -entwicklung für die Altenhilfe mit Refinanzierungsmöglichkeiten hinterlegt (anders als im Klinikabereich und dem SGB V).

Deswegen müssen die Einrichtungen selbst finanziell potent oder findig sein, wenn es um die Erschließung monetärer Unterstützung geht. Ansätze bieten vorhandene Fördervereine der Einrichtungen, eventuelle übergreifende oder spezifische Fördertöpfe, die Gewinnung von Hoch-, Fach-, Berufsschulen usw., um als Plattform für schriftliche Projekt-, Abschluss- oder Hausarbeiten zu wirken, oder die Einbindung externer Partner wie die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsberufe und Wohlfahrtspflege (BGW), landesspezifische Unfallkassen oder die Krankenkassen.

Angesichts des menschlichen Lebensstrahls mit den unterschiedlichen zeitlichen Phasen werden die Ansätze für die Arbeitgeber deutlich, mit denen auf die potenziellen Auszubildenden, die frisch examinierten Kräfte, die Vollzeit-Mitarbeiterinnen (eigene oder auf dem Markt verfügbare), die familienbedingt pausierenden Akteure oder die wiedereinstiegsfreudigen Pflegenden und die stille (Pflege-)Reserve eingewirkt werden kann. Jede Lebenszeit steht in einem bestimmten Zusammenhang zur beruflichen Präsenz und erfordert bei jedem Einzelnen ein bestimmtes Konstrukt an Rahmenfaktoren, um Privat- und Berufsleben bestmöglich in Einklang zu bringen. Daraus folgt, dass die Einrichtungen nicht nur individuell zugeschnittene Angebote vorhalten sollten, sondern auch

die jeweilige Lebensphase bei den Personalmarketingansätzen berücksichtigen müssen. So bieten Jugendliche in der (Vor-)Berufsfindungsphase nutzbare Ansatzhebel, um sie als Auszubildende zu gewinnen. Gleichmaßen hat es der Träger nach den drei Jahren Ausbildungszeit (meist) selbst in der Hand, die frisch ausgebildete Fachkraft an sich zu binden. Fordert eine Mitarbeiterin Karriereperspektiven, gilt es dies entsprechend aufzugreifen, um sich die Dienste der Pflegekraft weiterhin zu sichern.

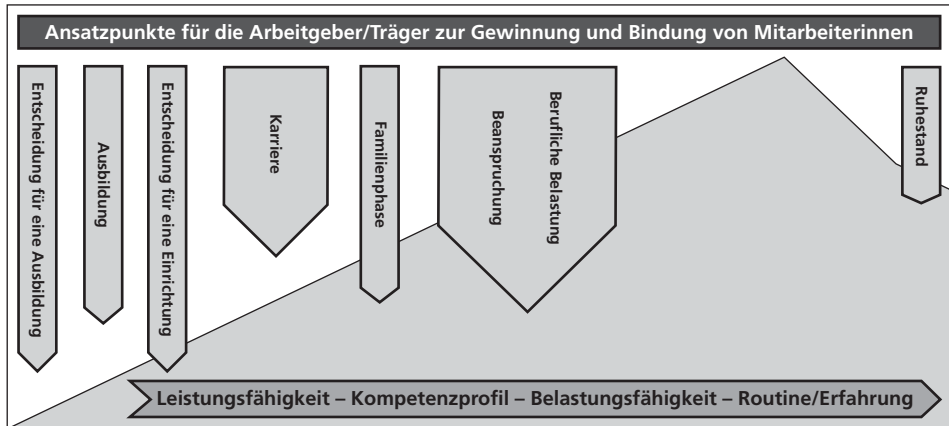


Abb. 1.1: Phasen der Lebensarbeitszeit

Ein direkter Return on Investment (ROI), also das kausale Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen, wird sich nicht unmittelbar herstellen lassen. Denn die Rentabilität einer Investition zumal in Menschen wird sich durch den Einfluss indirekter oder allgemeiner Kosten (z. B. Verwaltungskosten) sowie der zahlreichen Unabwägbarkeiten (Verweildauer, Gesundheitszustand) nicht für ein Pflegeheim gewinnbringend in Euro darstellen: Wie soll sich messbar die Bindung einer älteren Pflegefachkraft aufgrund irgendeiner Personalentwicklungsmaßnahme erheben lassen? Was aber unbestreitbar ist, sind finanzielle Vorteile, wenn einige Ansätze in einer Einrichtung mit womöglich folgenden Konsequenzen eingeführt werden:

- eine sinkende Fluktuationsquote,
- die Reduzierung von Fehlzeiten,
- die kontinuierliche Sicherung der Belegung.

Die genannten Ergebnisse stellen z. T. erhebliche Einsparpotenziale für ein Pflegeheim dar. Denn wenn Pflegekräfte fehlen, steht die Kompensation mit Mehrarbeit zur Gewährleistung der täglichen Aufgaben im Vordergrund und lähmt somit die Weiterentwicklung der Einrichtung oder die Optimierung der Qualitätsbestrebungen.

Die Frage in diesem Kontext ist auch, wie aufwändig der Einstieg in die Thematik und die daraus resultierenden Ableitungen erfolgen sollen. Für eine zeitintensive, umfängliche und verschriftlichte Erfassung der vorhandenen personellen Ist-Situation stehen zahlreiche Instrumentarien zur Verfügung. Denn logischerweise basieren viele der nachfolgend dargestellten Handlungsoptionen auf der Sichtung sprich „Analyse“ der Ausgangslage.

Ob im Rahmen eines Betriebs-Checks mithilfe wissenschaftlicher Werkzeuge immer eine (umfangreiche) Arbeitssituationsanalyse, eine Altersstrukturanalyse, eine pflegespe-

zifische Gefährdungsbeurteilung oder eine detaillierte Kompetenzinventur (Gerisch et al. 2010; Köchling 2006) bei den Mitarbeiterinnen bzw. in der Einrichtung erhoben werden müssen, ist zu hinterfragen. Beispielsweise bietet sich als kostengünstige Selbstanalysemethode bei Bedarf der DemografieKompass der Technologieberatungsstelle NRW an, mit dem in wenigen Minuten eine detaillierte Altersstruktur(-analyse) mit den Qualifikationen der Beschäftigten in einer Einrichtung erhoben werden kann. Eine dazugehörige Software kann kostenfrei heruntergeladen werden (www.demobib.de).

Allerdings dürfte es ebenso möglich sein, dass je kleiner die Pflegeheime und je übersichtlicher die Belegschaften sind, desto größer die persönliche Kenntnis der Führung über ihre Mitarbeiterinnen ist (Wissen über Alter, Geschlechterverteilung, Stärken, Schwächen, privaten Kontext, Gesundheitszustand etc.). Und je umfangreicher und personell überdimensioniert die Einrichtungen gestaltet sind, desto eher werden sich Überschneidungen mit statistischen Allgemeinplätzen ergeben. Wenn in einem Heim sehr viele Auszubildende beschäftigt sind, dann wird das Durchschnittsalter, das bei rund 43 Jahren liegt (Simon et al. 2005), etwas geringer anzusiedeln sein. Ob dafür eine Altersstrukturanalyse notwendig ist, muss vor Ort entschieden werden.

Die Hauptziele aller Initiativen des Personalmarketings sind demnach:

1. Neue Nachwuchskräfte anwerben.
2. Neue bzw. potenzielle Mitarbeiterinnen gewinnen.
3. Die vorhandenen Beschäftigten langfristig binden.
4. Bei der gesamten Belegschaft die Verbleibdauer erhöhen.

Die zentralen Herausforderungen für die Belegschaft der Zukunft bzw. die Kennzeichen des zukünftigen Personalmarktes in der Altenhilfe – und damit für die Träger – werden analog der gesellschaftlichen Veränderungen in jedem Pflegeheim auf drei wesentliche Kriterien hinauslaufen: Weniger – Älter – Bunter.

Damit lassen sich die demografische Entwicklung (mit einem Rückgang der Bevölkerungszahl und einer Alterung der Gesellschaft) sowie die multiethnische Zusammensetzung des „Migrationslandes“ (SVR 2010) Deutschland übersichtlich und einprägsam darstellen.

Zum Aufbau des Buches

Nach dieser Einführung werden in einem ersten Schritt (Kapitel 1) die Entwicklungen und Trends im stationären Versorgungssektor über die letzten Dekaden aufgezeigt. Neben statistischen Ausführungen zu Personal und Pflegeheimlandschaft und einem Ausblick in die Zukunft (Heimsogeeffekt) werden auch die heutigen Pflegebedürftigen vorgestellt.

Im zweiten Schritt werden kurzfristige Lösungsansätze gestreift (Kapitel 2), um danach vielfache Ansätze des Personalmarketings abzuhandeln (Kapitel 3), ausgehend von einigen Aussagen zum Fluktuationsverhalten. Weitere Herausforderungen an die Pflegeteams ergeben sich in Kapitel 4.2 aus deren Zusammensetzung (Multiethnizität), vor allem aber durch die weiter vorherrschenden Arbeitsbedingungen (Kapitel 5). Eine Optimierung der Rahmenbedingungen zur Reduzierung der Arbeitsbelastungen ist eine wesentliche Aufgabe der Entscheidungsträger in den Einrichtungen.

Das Führungsverhalten selbst stellt einen weiteren elementaren Handlungsansatz des Personalmarketings dar. Den Leitungsebenen in den Einrichtungen kommt die wesentliche Aufgabe zu, direkt (Kapitel 6), aber auch indirekt (Kapitel 7), durch das eigene

Verhalten Mitarbeiterinnen an die Einrichtung zu binden (Anerkennung, Kommunikation, Sabbatjahr etc.).

Hinzu kommt die körperliche und psychische Verfassung der Pflegenden, die mitunter erheblicher Beeinträchtigung ausgesetzt ist und dementsprechend eine wichtige Handlungsgrundlage darstellt, gelingt es doch auch über diese Schiene, die Verbleibdauer bis ins höhere Erwerbsalter positiv zu beeinflussen (Kapitel 8).

Kapitel 9 stellt die Gewinnung des Altenpflegenachwuchses in den Mittelpunkt. Um Jugendliche für eine Ausbildung in der Altenhilfe zu begeistern, sind die Anstrengungen der Träger zu intensivieren (u. a. Anwerbung, Ausbildungsbedingungen).

Abschließend werden noch Ansätze vorgestellt, die sich aus der Ausstattung einer Einrichtung, konzeptionellen Überlegungen, einer familiär bedingten Pflegezeit und der Einarbeitung ergeben. Hier steht die Einrichtung, der Träger also die Organisation an sich, in der Verantwortung (Kapitel 10). Darunter fallen auch das Thema Teilzeit sowie der Bereich Kinder: Es gilt den jungen Eltern als Altenpflegeheim vielfältige Unterstützungsangebote zu bieten, um die Berufsrückkehr zu beschleunigen und die Vereinbarkeit von Arbeits- und Familienalltag zu fördern.

Den Lösungsansätzen vorangestellt (oftmals grafisch aufbereitet) werden die jeweiligen Ausgangssituationen, die in der stationären Altenhilfe gegenwärtig sind. Denn genau diese Entwicklungen, Trends, Wahrnehmungen und Erkenntnisse bilden die Basis, auf der die unterschiedlichen Maßnahmen des Personalmarketings aufbauen müssen.

Die aufgezeigten Ansätze dienen allgemein einer Orientierung, was alles möglich wäre. Für die Einrichtungen und Träger vor Ort ist es die Aufgabe, interessante Anregungen für sich zu adaptieren, um diese bei Bedarf individuell und situationsspezifisch umzusetzen. Dies ist der föderalen Struktur in Deutschland geschuldet, die eine Unmenge von Einzelvorschriften, Regelungsspezifika und Besonderheiten für jedes einzelne Bundesland nach sich zieht.

1 Entwicklungen der Altenhilfe

1.1 Die institutionelle Versorgungslandschaft: Woher und wohin? Heimsogeeffekt?

Seit Anfang des 21. Jahrhunderts ist ein explosionsartiger Zuwachs in der voll- und teilstationären Altenhilfe zu verzeichnen. Die Pflegestatistik zeigt von 1999 bis 2009 einen Ausbau der Pflegeplätze in den Heimen von 645.492 Versorgungseinheiten auf 845.007, ein Plus von 31 %, was ebenso für die Anzahl der Pflegeheime im selben Zeitraum gilt (Abb. 1.2).

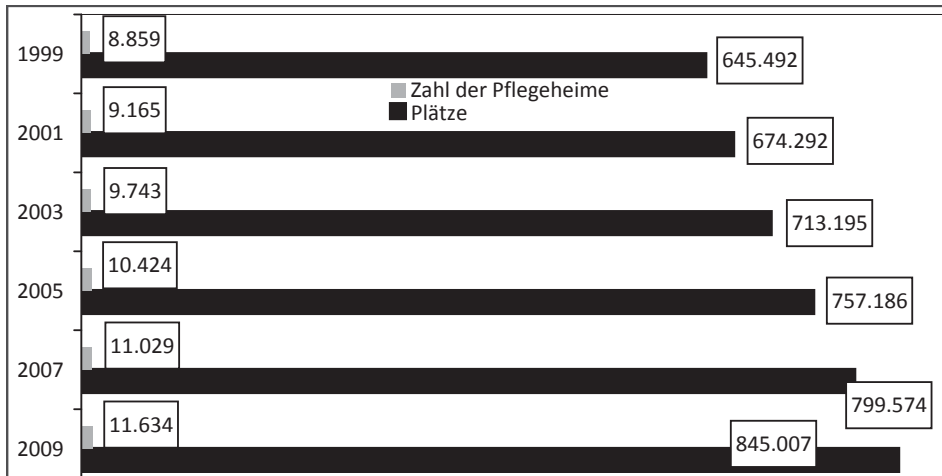


Abb. 1.2: Zuwachs der stationären Pflegeplätze und Heime (Quelle: Statistisches Bundesamt 2011, eigene Darstellung)

Auffallend sind die Verschiebungen hinsichtlich der Trägerschaften bei den Heimen: Die privaten Träger konnten ihre Platzzahlen seit 1999 um fast 50 % ausbauen, die Plätze in freigemeinnütziger Trägerschaft konnten hingegen um 27 % gesteigert werden. Bei den Einrichtungen in kommunaler Trägerschaft (Landkreise, Städte) war sogar ein Rückgang um 20 % zu verzeichnen, d. h. Heime wurden geschlossen oder abgegeben (Statistisches Bundesamt 2011).

Ob und wie sich dieser Wachstumstrend auch zukünftig fortsetzen wird, kann nur modellhaft berechnet, skizziert bzw. projiziert werden. Zu viele Unabwägbarkeiten nehmen Einfluss auf die mittel- und langfristige Bedarfsgestaltung im stationären Altenhilfebereich. Auch die hochgerechneten Pflegebedürftigen nach Pflegequoten, Pflegewahrscheinlichkeiten oder Pflegearten können daher nicht mit dem zukünftigen Infrastruktur- und Personalbedarf in der stationären Pflege gleichgesetzt werden. Derar-

tige Szenarien sind vielmehr als weitere Puzzleteile aufzufassen, die im Zusammenspiel mit anderen Informationen nur ein grob „gepixelt“ Gesamtbild des zukünftigen Bedarfs ergeben.

Ganz allgemein werden für den Zusammenhang der sich immer weiter verlängernden Lebenserwartung und dem damit einherschreitenden Pflegerisiko zwei Ansätze diskutiert: die Komprimierungs- oder Kompressionsthese und die Expansions- oder Medikalisierungsthese. Die (optimistische) *Komprimierungs- oder Kompressionsthese* (Fries 1980) geht davon aus, dass eine höhere Lebensdauer zum Hinausschieben der kranken und unterstützungsbedürftigen Jahre führt. Der mit Pflegebedürftigkeit verbrachte Zeitkorridor verkürzt sich in Relation zur gesamten Lebensdauer. Mit anderen Worten: Trotz ansteigender Lebenserwartung bleiben die Menschen bis ins hohe Alter gesund und sehen sich erst im letzten Lebensabschnitt mit schweren Krankheiten konfrontiert. Die pflegeintensive und krankheitsgeprägte Phase verschiebt sich lediglich an das Ende des kalendrischen Zahlenstrangs bis kurz vor den Tod. Dafür verantwortlich sind der medizinisch-technische Fortschritt sowie die nachfolgenden Jahrgänge mit einer besseren Gesundheit. In wie weit sich diese Annahmen verallgemeinern lassen und nicht nur auf mittlere und höhere soziale Schichten anwendbar sind, bleibt abzuwarten.

Umgekehrt unterstellt die (pessimistische) *Expansions- oder Medikalisierungsthese* (Olshansky et al. 1991), dass die hinzu gewonnenen Lebensjahre vollständig bzw. überwiegend in Demenz und Pflegebedürftigkeit verbracht werden, so dass sich der krank und pflegebedürftig verbrachte Anteil an der Lebenszeit ausweitet. Denn die Anzahl an primären Alterskrankheiten (u. a. dementielle Veränderungen, Sturzfolgen) und chronisch-degenerativen Neuerkrankungen bleibt unverändert, dementsprechend unterstellt die Medikalisierungsthese, dass diese ausufernde (altersspezifische) Morbidität angesichts des demografischen Wandels insgesamt höhere Gesundheitsausgaben nach sich zieht. Diese Annahmen treffen wahrscheinlich überwiegend auf untere soziale Schichten zu.

Wie immer im Leben stellt der Mittelweg die wahrscheinlichste Entwicklung dar. Die These des *dynamischen Gleichgewichts* bzw. das *Konzept der Bi-Modalität* (Manton 1982) unterstellt eine ansteigende Lebenserwartung aber bei einer leichteren Form der Einschränkung bzw. Morbidität und Pflegebedürftigkeit. Dennoch könnte sich die Entwicklung von (primären) Krankheiten mit einer impliziten Pflegebedürftigkeit auf dem Lebensstrang weiter nach vorne verlagern, womit trotzdem ein Anstieg an Versorgungs- und Betreuungsbedarf einher gehen könnte. Und bisher scheint auch belegbar, dass die aufgrund der verlängerten Lebensdauer gewonnenen Jahre nur teilweise in Krankheit verbracht werden.

Bei der Nachfrage stationärer Versorgungsangebote bestehen unter den Bundesländern erhebliche Unterschiede. Während 2008 in Schleswig-Holstein 40 % der dort lebenden Pflegebedürftigen in Heimen stationär versorgt wurde, waren es in Hessen hingegen nur rund 26 % – der Bundesdurchschnitt lag bei 32 % (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008). Ein stagnierender Bedarf an stationären Plätzen hängt von den vorhandenen Ressourcen an pflegenden Angehörigen sowie der Bedeutung von ambulanten Pflegediensten ab. Hierbei ist zu unterscheiden, ob überhaupt die Bereitschaft zur Pflege vorhanden ist und wenn ja, mit welcher Intensität, d. h. welchen Stundenumfang die Pflegeleistungen letztendlich umfassen.

Zukunftsoptionen: Heimsogeeffekt?

In der Gesamtschau der bisher vorliegenden Modelle ist keine eindeutige Bestätigung des bisherigen massiven Wachstumstrends zu belegen. Vielmehr existieren vorsichtige oder eben vollumfänglich bejahende Aussagen hinsichtlich des ausgerufenen Heimsogeeffekts.

Wenngleich sich die Politik immer noch an dem in der Sozialgesetzgebung verankerten Grundsatz „ambulant vor stationär“ klammert (vgl. § 3 SGB XI, auch §§ 23 Abs. 4, 40 Abs. 2 SGB V), lautet der allgemeine Tenor, dass zukünftig die stationäre Versorgung vermehrt in Anspruch genommen wird – die Nachfrage nach stationärer Pflege wird stärker wachsen als die Nachfrage nach ambulanter Pflege (häusliche Pflege und/oder Versorgung durch professionelle Pflegedienste; Winkelmann 2005).

Nur wenige Argumente gegen den prognostizierten Trend der Hospitalisierung sind zu finden. Ein wohl mehr als marginaler Effekt wird die Abwanderung ins Ausland aufgrund einer günstigeren Versorgung sein. Bisher gibt es nur sehr vereinzelte Initiativen, dementiell veränderte und pflegebedürftige Menschen beispielsweise im asiatischen Raum versorgen zu lassen. Und stationäre Bauprojekte in Spanien, die für deutsche Seniorinnen und (angehende) Pflegebedürftige eine Versorgung sicher stellen sollten, waren bisher von einer äußerst geringen Nachfrage und entsprechenden wirtschaftlichen Konsequenzen geprägt. Wahrscheinlich stellt diese Verpflanzung eines alten Baums eine unüberwindbare Distanz dar und beinhaltet daneben unklare Fragen zu medizinischer Versorgung, Qualitätsstandards, Sprachverständnis usw.

Ein weiterer Unsicherheitsfaktor für den Bedarf an stationären Pflegeplätzen bedeutet die Entwicklung des quartiersbezogenen Pflegepotenzials durch Freunde oder Nachbarn und gesamtgesellschaftliche Veränderungen in Bezug auf den Hilfebedarf (Stichwort Bürgerhelfer, Dörner 2008). Dabei engagieren sich die neuen Durchschnittsbürger (z. B. als Bürgerpaten) in ihrer nachberuflichen Zeit – auch aufgrund finanzieller Anreize – in ihrem Nahbereich und schaffen es so, in ihrer Nachbarschaft als den sogenannten dritten Sozialraum Versorgungsprobleme zu lösen, Aufgaben ohne professionelle Hilfe zu übernehmen und das Leben in der eigenen Häuslichkeit von Betroffenen zu verlängern.

In diesem Zusammenhang ist auch der sehr wahrscheinliche Wachstumsmarkt der Tagespflege anzuführen. Durch die Novellierung des SGB XI stehen für die Inanspruchnahme dieses teilstationären Versorgungsangebots zusätzlich Gelder zur Verfügung, was zu einem immensen Ausbau dieser Versorgungsform mittelfristig führen wird. Als Effekt wird es letztendlich den Betroffenen ermöglicht, gegebenenfalls in Kombination mit ambulanten Pflegedienstleistungen viel längere Zeit in der eigenen Häuslichkeit zu verbringen. Zumal gleichzeitig die Angehörigen entlastet werden. Denn für einen sehr geringen monetären Eigenanteil lässt sich ein pflegebedürftiger älterer Mensch über einen ganzen Tag professionell versorgen, so dass sich die Familienangehörigen Hobby und Haushalt widmen, sogar die Berufstätigkeit beibehalten oder stundenweise wieder neu aufnehmen können.

Darüber hinaus wird sich die Familienstruktur der pflegebedürftigen älteren Menschen verändern, denn immer mehr Betroffene werden bis ins hohe Alter verheiratet sein und dabei mindestens ein Kind gezeugt haben, wobei sich die heutige ungleiche Geschlechterproportion nivellieren wird. So wird angenommen, dass durch einen Rückgang der (z. T. kriegsbedingten) Partnerlosigkeit das Reservoir an häuslichen Pflegepersonen ansteigen wird. Dies heißt im Umkehrschluss, dass der Anteil an alten und hochaltrigen Personen, die lediglich ein niedriges Risiko für eine institutionelle Versorgung auf sich vereinen, zunehmen wird.

Weiterhin verbessert sich die körperliche Verfassung der älteren Menschen in den Industriestaaten, was sich in der kontinuierlichen Abnahme der Pflegebedürftigkeit bei über 95-Jährigen ausdrückt. Waren 1991 noch 88 % dieser Altersgruppe pflegebedürftig, so betrug deren Quote im Jahre 2003 nur noch 70 % (Ziegler & Doblhammer 2005). Da die Anzahl der zukünftigen Pflegebedürftigen nicht proportional zur Zunahme des Anteils der alten und hochaltrigen Menschen in Deutschland ansteigt, ist der Schluss mit Einschränkung zulässig, dass die steigende Lebenserwartung auch mit einer besseren Gesundheit einhergeht. Lediglich das Risiko der Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit erhöht sich mit fortschreitendem Alter überproportional. Der medizinische bzw. pharmazeutische Fortschritt, eine Verschiebung des Arbeitsmarkts vom primären in den tertiären Sektor – Angestellte können im Vergleich zu Arbeitern den Heimeintritt hinauszögern und sogar verhindern (Rothgang et al. 2008) –, ein Zuwachs an Mediziner*innen, ein bewussterer Lebenswandel, Arbeitszeitverkürzung und Frühverrentung etc. haben dazu beigetragen, dass die Lebenserwartung gestiegen ist. Gleichzeitig zeigt sich die physische Konstitution bis ins hohe Alter als stabil, so dass aus somatischen Aspekten zukünftig immer weniger alte und hochaltrige Menschen ihren Lebensabend institutionell verbringen müssen. Die Einrichtungen der sogenannten vierten bzw. fünften Generation tragen dieser Entwicklung Rechnung, indem sie mit dem Hausgemeinschaftsprinzip den Anteil pflegerischer Arbeit zurückfahren und durch Sozial- und Betreuungsinhalte kompensieren. Dieser erhebliche Bedarf an sozialer Zuwendung, Beschäftigung und sicherheitsvermittelnder Aufsicht lässt sich aber ebenso bis zu einem gewissen Grad durch ambulante Betreuungsgruppen oder teilstationäre Angebote stillen. Eine Schwerstpflegebedürftigkeit mit dem Rund-um-die-Uhr-Fokus auf grund- und behandlungspflegerische Hilfe weisen konstant wenige Pflegebedürftige auf, was die Verteilung der Pflegestufen verdeutlicht: Nur 21 % der Pflegebedürftigen erhielten 2007 stationäre Leistungen der Pflegestufe III (Statistisches Bundesamt 2009).

Und für das Jahr 2009 werden rund 115.000 osteuropäische Pflegekräfte (FES 2009) in Deutschland vermutet, die in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen als formal von ausländischen Personaldienstleistern entsendete Beschäftigte oder als Scheinselbstständige die permanente Sicherstellung von Pflege, Betreuung und Haushalt übernehmen. Alle diese Ausführungen können die Sogwirkung des Heimbereichs aber wohl lediglich abmildern. Für den Heimsogeffekt hingegen finden sich zahlreiche Argumente.

Veränderungen in den häuslichen Versorgungsstrukturen

Das familiäre Pflegepotenzial zur Versorgung in der eigenen Häuslichkeit wird abnehmen, weil die dazu notwendigen privaten Pflegepersonen (Partnerinnen, Töchter, Söhne, Schwiegertöchter) immer seltener zur Verfügung stehen werden. „Auch wenn nie zuvor so viele alte Menschen von ihren Angehörigen gepflegt wurden wie heute, dürfte sich die Schere zwischen zunehmendem Pflegebedarf und abnehmendem Pflegepotenzial weiter öffnen“ (Liga B-W 2008, S. 62).

Dies trotz der Tatsache, dass immer mehr Männer sich bereit erklären, Angehörigenpflege zu übernehmen. Allerdings erbringen die Männer diesen Einsatz überwiegend in der nachberuflichen Phase sprich im Rentenalter und dieser bezieht sich meist auf die Versorgung der eigenen Partnerin, denn: Männer pflegen aus Liebe (Langehennig 2009). Dass sie dabei zu Selbstüberschätzung neigen, gegenüber ambulanten Pflegediensten eine erhöhte Konfliktfreudigkeit zeigen, sich selbst vernachlässigen und vieles mit sich selbst und allein ausmachen erleichtert einerseits nicht unbedingt das häusliche Pflegearrangement und blendet andererseits die Übernahme der Versorgung der Eltern bzw. Schwiegereltern aus.