

Vorwort

Der Fachkräftemangel in den Systemen und Sektoren der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung ist in manchen Regionen der Bundesrepublik bereits ausgeprägt und unübersehbar. Er stellt dort schon heute ein zentrales Hemmnis für die quantitative und qualitative Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und ihrer einzelnen Segmente dar. Hinzu kommt, dass es sich hierbei nicht um einen vorübergehenden Engpass handelt, der mit isolierten, einfachen Teilstrategien behoben werden kann. Vielmehr ist begründet zu vermuten, dass es sich um eine auf Dauer präsente, quasi „chronische“ Mangelsituation handelt, die schlimmstenfalls und im Extrem dazu führen könnte, dass Versorgungssicherheit in der Zukunft bereits ein herausgehobenes Qualitätskriterium darstellt. Um den Raum greifenden Fachkräftemangel dämpfen oder partiell kompensieren zu können, ist ein abgestimmtes, mehrdimensionales strategisches Vorgehen erforderlich, das gesundheitspolitische, betriebliche und professionsspezifische Strategieelemente in einer konzertierten Aktion aller Akteure und Verantwortlichen bündelt.

Bei der näheren Betrachtung des Zusammenhangs von Fachkräftemangel und demografischer Entwicklung, die diesen fortwährend speist, gilt es zwischen nachfrageseitigen und angebotsseitigen Aspekten zu unterscheiden. Während die nachfrageseitigen Impulse sich als eher heterogen in ihrer mutmaßlichen Wirkung darstellen und Imponderabilien einschließen, sind die angebotsseitigen durch vergleichsweise eher geringere Unwägbarkeiten belastet.

In der jüngeren Vergangenheit wurden verschiedentlich Studien vorgelegt, die den Fachkräftemangel in der Pflege vor dem Hintergrund des demografischen Wandels erörtern und sein quantitatives Ausmaß in der Projektion kalkulieren. Sie unterstreichen im Allgemeinen, dass heute und erst recht morgen ein unabdingbarer Handlungsbedarf besteht. Im Besonderen jedoch sind die diesen Projektionen zu Grunde liegenden Annahmen durchaus diskutabel. So kann man z. B. die derzeitige Prävalenzrate von Pflegebedürftigkeit im Modell sicher nicht konstant halten, wenn sich die Erkenntnis weiter empirisch verfestigen sollte, dass sich schon heute eine Kompression der Morbidität abzeichnet. Pflegebedürftigkeit ist unter solchen Bedingungen weniger an das (zumeist hohe) Alter, sondern an die Restlebenserwartung gebunden. Trifft dies zu, hätte das zur Folge, dass die Anzahl pflegebedürftiger Menschen zwar kontinuierlich steigt, dass die-

ser Anstieg aber weniger steil ausfällt, als das bei ruhender Prävalenz der Fall wäre.

Betrachtet man die Folgen des demografischen 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 Bildungsabschlüsse 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 Regelversorgung zu überführen. Dies erschwert die Anpassung an den demografischen 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 „demografiesensiblen 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 demografische Wandel mit seinen Auswirkungen auf Angebot und Nachfrage nach Pflegedienstleistungen trifft auf eine Ausgangslage, die 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 oben skizzierten demografischen Entwicklung tritt verstärkt ein qualitativer Fachkräftemangel auf. 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). Dieser Umstand korrespondiert durchaus mit Kleinteiligkeit von Betriebsgrößen, begrenztem Umsatz und fehlender Ausbildung eines systematischen Personalmanagements im Unternehmen, 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 demografischem 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 eingangs 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 Pflege- und Case-Managementprozess wächst und in einem arbeitsteiligen Erstellungsprozess klar herausgestellt 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.

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

Berlin/München im Dezember 2011

Uwe Böttig
Mona Frommelt
Roland Schmidt