

Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung: Herausforderung zur Neuordnung der sozialpflegerischen Berufe

Barbara Meifort

Dem demographisch bedingten Anstieg an Betreuungsbedarf für ältere Pflegebedürftige steht ein unzureichendes Versorgungsangebot an Einrichtungen, Plätzen und Personal in der stationären und ambulanten Altenhilfe sowie im Angebot für ältere Behinderte gegenüber. Diese Situation wird sich in der nächsten Zeit noch verschärfen, wenn in allen Wirtschaftsbereichen der Mangel an Nachwuchskräften deutlicher wird. Denn den gesundheits- und sozialpflegerischen Bereich wird diese Entwicklung mit unvergleichlich größerer Schärfe treffen, weil die Pflege und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen personalintensiv ist. Das heißt: Es wird mehr Pflegepersonal benötigt. Dabei stellt sich aber auch die Frage, welche Art von Pflegepersonal benötigt wird: Welche Berufe mit welchem Qualifizierungsumfang? Denn gegenüber der Versorgungsstruktur, die sich in den vergangenen Jahren mit dem Aufbau der ambulanten Dienste grundlegend verändert hat, ist die Qualifikationsstruktur weitgehend unverändert geblieben. Welche für die Berufsqualifikation relevanten Problemstellungen sich daraus ergeben, wird an Beispielen verdeutlicht. Dabei wird besonderes Augenmerk auf die Versorgungslücke im Bereich der Hauspflege gerichtet. Dies ist nach Auffassung des BIBB dringend erforderlich, weil im Bereich der Hauspflege häufig der Dreh- und Angelpunkt für präventive und rehabilitative Ansätze liegt, um das Verbleiben in der eigenen häuslichen Umgebung zu ermöglichen und zu erhalten. Zur Gewinnung des dringend benötigten Pflegepersonals wird eine flexible Qualifizierungsstrategie vorgeschlagen in Form eines teilnehmerorientierten Baukastenkonzepts, bei dem sich Einzelbestandteile je nach Teilnehmer/innenvoraussetzung zu Aus-, Weiterbildungs- und Umschulungsmöglichkeiten kombinieren lassen.



Barbara Meifort
Diplom-Handelslehrerin und Leiterin der Abteilung 4.3 „Organisation und Qualität“ des Bundesinstituts für Berufsbildung in Berlin.

Die Bevölkerungsentwicklung hat unser Pflege- und Versorgungssystem überrollt

Zwei gegenläufige Entwicklungslinien bestimmen die gesundheits- und sozialpflegerische Arbeit in der Bundesrepublik Deutschland zu Beginn der 90er Jahre:

— Auf der einen Seite haben wir mit einem weiteren erheblichen

Anstieg an Pflegebedürftigen zu rechnen.

— Auf der anderen Seite steht dieser Entwicklung ein weitreichender Mangel an einschlägig qualifizierten professionellen Helferinnen und Helfern gegenüber.

Diese Situation, die mit dem Schlagwort vom „Pflegetotstand“ belegt wird, besagt: „Die Bevölkerungsentwicklung hat unser Pflege- und Versorgungssystem überrollt.“¹⁾ Es handelt sich hierbei um kein spezifisch deutsches Problem: In allen „hochentwickelten Industrieländern“ ist im Rückblick auf die vergangenen 100 Jahre feststellbar, daß die Altersgruppen der über 60- bis 65jährigen absolut und relativ stärker zunehmen als die jüngeren Bevölkerungsgruppen. Aber im Verhältnis zu unseren europäischen Nachbarn — was Altersstruktur, Wirtschaftsprobleme usw. ausmacht, mit durchaus vergleichbaren Problemen konfrontiert — liegt die Bundesrepublik Deutschland im Hinblick auf die Beschäftigung von Vollzeitkräften in der stationären Altenhilfe

deutlich zurück — von der Ausstattung mit ambulanten Diensten und Pflegekräften völlig zu schweigen.²⁾

Nun sollte „Alter“ an sich kein Problem bedeuten. Zahlen belegen, daß der überwiegende Anteil der sogenannten „Altersbevölkerung“³⁾ im Vollbesitz seiner geistigen und auch körperlichen Kräfte ist. Es wäre allerdings zu kurz gegriffen, die beiden geschilderten Entwicklungslinien zwischen Pflege- und Hilfebedürftigen auf der einen und Pflegepersonal auf der anderen Seite durch solche Hinweise relativieren zu wollen. Es ist nun einmal so, daß mit zunehmendem Alter die Zahl derjenigen, die krank und hilfebedürftig werden, ansteigt. Während z. B. bei den 60- bis 70jährigen heute nur 0,9% pflegebedürftig sind, sind es bei den über 80jährigen schon 19%. Zum Beispiel steigt beim Schlaganfall die Erkrankungshäufigkeit von 3% bei den 60- bis 65jährigen auf 23% bei den über 85jährigen an.⁴⁾ Ähnlich entwickelt sich die Erkrankungshäufigkeit bei Altersdemenz, einem degenerativen Intelligenz- und Persönlichkeitsabbau im Alter, die bei über 90jährigen einen Anteil von über 30% erreicht.⁵⁾ Das heißt natürlich auch, daß 70% im Vollbesitz ihrer körperlichen und geistigen Kräfte bleiben. Da sich aber der Anteil der Bevölkerung bei den höheren Altersgruppen seit 1950 vervielfacht hat, ist es einleuchtend, daß sich ebenfalls die Häufigkeit der altersbedingten Erkrankung mit der Folge einer entsprechenden „Pflegebedürftigkeit“ vervielfacht hat.

Die Veränderungen in der Altersstruktur sind seit langem zu beobachten, und die Konsequenzen für die Betreuung sind seit langem bekannt. Das gilt auch für die zweite Entwicklungslinie, den Personal-mangel im Pflege- und Betreuungsbereich. Sowohl in der Krankenpflege als auch in der Altenpflege bleibt das ausgebildete Pflegefachpersonal nur ca. 3 bis 5 Jahre im Beruf.⁶⁾ Verlässliche Daten fehlen hierzu.

Nach Angaben des Berufsverbandes der Altenpfleger/innen übt schätzungsweise nur ein Drittel der ausgebildeten Altenpfleger/innen den erlernten Beruf auch tatsächlich aus. In den Krankenhäusern, wo 50 % aller Pflorgetage auf Patienten im Alter von über 60 Jahren entfallen und 80 % der Moribunden sterben⁷⁾, fehlen 60 000 Pflegekräfte — obwohl sich in den letzten 15 Jahren die Zahl der Pflegekräfte bereits verdoppelt hat.⁸⁾ Auch in den 6 300 Einrichtungen der stationären Altenhilfe wird der zusätzliche Bedarf auf 35 000 bis 50 000 Stellen geschätzt.⁹⁾

Diese Situation wird sich in der nächsten Zeit noch verschärfen, wenn es nicht gelingt, neben der Bezahlung im gesundheits- und sozialpflegerischen Bereich vor allem auch die Qualität der Arbeit sowie der Aus- und Weiterbildung anzuheben. Die veränderte Altersstruktur der Gesamtbevölkerung bedeutet ja auch, daß in den 90er Jahren in allen Wirtschaftsbereichen mit einem Mangel an Nachwuchskräften zu rechnen ist. Diese Problemstellung wird allerdings den personalintensiven gesundheits- und sozialpflegerischen Bereich mit unvergleichlich größerer Schärfe treffen als alle anderen Berufsbereiche. Denn die Pflege und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen ist personalintensiv; Rationalisierungen sind hier nur in begrenztem Umfang und nur auf Kosten von Pflegenden und Gepflegten möglich.

Konsequenzen für die Berufsbildung der Pflegeberufe angesichts des Pflegenotstands

Das gesellschaftliche Ansehen der sozialpflegerischen Berufe steht in engem Zusammenhang damit, wie in unserer Leistungsgesellschaft Alter, Krankheit und Behinderung bewertet werden. Normen und Wertvorstellungen orientieren sich in unserer Gesellschaft in erster Linie an den Leistungsbildern einer hochindustrialisierten Erwerbsgesellschaft. In dieser Gesellschaft

nicht mehr mithalten zu können, nicht mehr im ökonomischen Sinne produktiv und nützlich zu sein, sind gängige Wertmuster, die sich mit Alter und Altern verbinden. Das geringe Ansehen, das wir denen zumessen, die aufgrund von Alter, Krankheit oder Behinderung aus dem Erwerbsleben ausgegliedert werden, spiegelt sich auch in fataler Weise in der Sprache über die „erhöhte Langlebigkeit“, über die „wachsende Zahl alter Menschen“, die als „Belastung“ „verbucht“ werden.

Solche Negativ-Stereotypen bekommen auch alle diejenigen zu spüren, die sich berufsmäßig mit alten und behinderten Menschen beschäftigen. Die geringe gesellschaftliche Wertschätzung von Alter, Pflegebedürftigkeit und Behinderung schlägt sich bei ihnen in der Bezahlung, in den Arbeitsbedingungen und der beruflichen Bildung nieder.¹⁰⁾

Daher ist für die Altenpflege, die hier für alle gesundheits- und sozialpflegerischen Berufe herausgegriffen werden soll, zunächst einmal eine angemessene Bezahlung im Vergleich zu anderen Berufen, z. B. den Facharbeiterberufen in der Industrie sicherzustellen, aber auch angemessene Ausbildungsbedingungen, wozu neben Schulgeldfreiheit auch eine Ausbildungsvergütung wie in anderen Ausbildungsberufen gehört. Allerdings wäre es zu kurz gegriffen, den Pflegenotstand ausschließlich als finanzielles oder quantitatives Problem zu definieren. Im Zusammenhang mit Fragen der beruflichen Bildung ist von Bedeutung, ob das Pflegepersonal nicht allein quantitativ, vom Stellenschlüssel her, sondern vor allem auch inhaltlich von der Aus- und Fortbildung her, adäquat auf die Veränderung in der Struktur von Pflege- und Hilfebemürftigen reagieren kann.

Altenpflege

Für die Veränderung der Ausbildung in der Altenpflege liegen inzwischen zahlreiche Anträge vor. Die Argumentation geht formal in die Richtung: 3jährige Ausbil-

dungsdauer, Schulgeldfreiheit, Zahlung einer Ausbildungsvergütung, angeleitete, integrierte praktische Ausbildung.¹¹⁾

Aber die Ausbildung muß auch inhaltlich den qualitativen Veränderungen in der Altenhilfe Rechnung tragen. Die zahlenmäßig insgesamt wachsende Gruppe älterer Menschen ist in sich sehr heterogen; sie umfaßt bereits mehrere Generationen und reicht von den sogenannten „jungen Alten“ (Vorruheständler, Frühverrentete) bis zu den Hochbetagten. Diese sehr heterogene Gruppe stellt sehr unterschiedliche Ansprüche, denen in den vorhandenen Altenhilfeeinrichtungen nicht entsprochen werden kann. Schon heute bilden sich breit gefächerte Hilfsangebote in der offenen, ambulanten, teilstationären und stationären Altenhilfe heraus. Diese alternativen und komplementären institutionellen Angebote müssen von qualifizierten Altenpflegern/innen inhaltlich gefüllt und praktisch umgesetzt werden. Demgegenüber zielt die Ausbildung in der Altenpflege gegenwärtig immer noch überwiegend auf eine spätere Berufstätigkeit in großen stationären Einrichtungen ab. Außerdem zeichnet sich in der Praxis der Altenhilfe mit wachsendem Anteil an Pflegebedürftigen, mit der Zunahme von Mehrfachbehinderungen, an chronisch Erkrankten, an Schlaganfallpatienten, gerontopsychiatrischen Erkrankungen und der Zunahme von Sterbebegleitung ein inhaltlich veränderter Hilfe- und Pflegebedarf ab. Ich will hier nur ein Beispiel dafür herausgreifen, nämlich die Pflege und Betreuung psychisch Erkrankter und Gestörter bzw. dementiell erkrankter älterer Menschen. Bei einer Erkrankungshäufigkeit von etwa einem Drittel der über 85- bzw. 90jährigen und einem fünf- bis sechsfachen Anstieg dieser Altersgruppe in den vergangenen 35 Jahren hat der Anteil dementiell Erkrankter insgesamt erhebliche Dimensionen angenommen.¹²⁾ Bewohner mit psychischen Veränderungen, von Desorientierung bzw. „Verwirrtheit“ bis hin zu schweren psychischen

Erkrankungen und in der Folge von Pflegebedürftigkeit prägen die Aufgaben in den Stationen der Alten- und Pflegeheime. Dies wird zu inhaltlichen Veränderungen in der Ausbildung führen müssen, und zwar insbesondere im medizinisch-pflegerischen Bereich

- zu einer Verstärkung der Inhalte aus der Behandlungspflege und Krankenbeobachtung und
- zu einer erhöhten Berücksichtigung der Inhalte aus dem rehabilitativ-therapeutischen Bereich und aus der Gerontopsychiatrie sowie psychosozialer Inhalte;
- zur Stärkung der Kompetenzen im musisch-kreativen Bereich, um die „Verwahrpfleге“ abzulösen;
- zur stärkeren Vermittlung kooperativer und organisatorischer Fähigkeiten, um eine ganzheitliche Betreuung zu gewährleisten.

Bei diesem Forderungskatalog stellt sich allerdings die Frage, ob und wie dies alles in der Ausbildung vermittelt werden kann? Ob nicht zunächst eine klarere Bestimmung des Verhältnisses von Aus- zu Weiterbildung erforderlich ist? Ausbildung muß qualifiziert und breit sein, für die verschiedenen Einsatzfelder die Grundlagen vermitteln. Sie muß aber auch ihre Entsprechung im praktischen Arbeitsfeld finden, wenn sie nicht zu Frustrationen nach der Ausbildung und letztlich zum Ausstieg aus dem Beruf führen soll. Was nützt es, wenn z. B. in der stationären Altenpflege „am Tag 95% reine Versorgungs- und Grundpflege“ geleistet werden müssen, wenn gerade die medizinisch-pflegerische Kompetenz die Berufswirklichkeit bestimmt und wenn für den Bereich „psychosoziale Betreuung, Gesprächsführung, Psychohygiene, Prävention oder Rehabilitation“ in der Realität keine Zeit bleibt, wenn dann die Ausbildungsdauer in sozialer Gerontologie und Prävention/Rehabilitation auf Kosten der medizinisch-pflegerischen Kompetenzvermittlung erhöht wird? Gerät die Ausbildung damit nicht in ein klares Mißverhältnis zur Berufswirklichkeit? Bedeutet

das nicht, daß die Ausbildung falsche Erwartungshaltungen produziert, ja, an der Realität vorbeiläuft, daß sie zu unsagbaren Frustrationen und letztlich zu Resignation und Berufsausstieg führt?¹³⁾ Oder — anders ausgedrückt — : Wie tragfähig sind im personenbezogenen Feld Berufsbildungskonsequenzen, wenn sie nicht von strukturellen Veränderungen begleitet und gestützt werden? Wieviel Kraft verbleibt in diesem Feld noch den Arbeitenden, um Veränderungen selbst in die Wege zu leiten? Oder bleibt ihnen — wie in der jetzigen Situation des „Pflegernotstands“ — nur die Verweigerung und der Ausstieg?

Sozialstationen

Nun mag es vordergründig so scheinen, als ob durch den massiven Ausbau der ambulanten Pflegedienste das Problem des Pflegernotstands hierdurch gelöst werden könnte. Gilt nicht die häusliche Pflege Pflegebedürftiger und behinderter älterer Menschen als die „humanere“ Alternative? Und übt der ambulante Bereich nicht gerade auf die hochmotivierten und engagierten Pflegekräfte eine erhebliche Anziehungskraft aus, weil sie sich hier noch die Möglichkeit zur „ganzheitlichen Pflege“, zu mehr „Patientenbezug“ in der Arbeit erhoffen? Dabei sollte allerdings folgendes bedacht werden:

- Das Pflegepotential der Familien ist ausgeschöpft; die meisten Pflegebedürftigen werden bereits zu Hause, von Familienangehörigen, i. d. R. von Frauen — Ehefrauen, Müttern, (Schwieger-)Töchtern — versorgt; nur 4% der Pflegebedürftigen leben im stationären Bereich.¹⁴⁾
- Trotz des Ausbaus der Sozialstationen werden bislang nur 12% der zwei Millionen Pflegebedürftigen zu Hause bzw. ihrer pflegenden Familien von Sozialstationen unterstützt.¹⁵⁾
- Auch die ambulanten Pflegedienste sind personell völlig unterbesetzt. Wenn statt der 12% tendenziell alle Pflegebedürftigen, die zu Hause leben, die Dienste der Sozialstationen ihres Wohnbereichs beanspruchen

wollten, stünde einer Pflegekraft in der Sozialstation pro Tag für jeden Pflegebedürftigen im Durchschnitt gerade eine Pflegeminute zur Verfügung.¹⁶⁾

Wie eine Untersuchung des BIBB über Qualifikationsanforderungen bei Beschäftigten in Sozialstationen erbrachte, leisten Sozialstationen heute — bedingt auch durch die Finanzierungssituation und die zahlenmäßige Dominanz der Krankenpflegekräfte — überwiegend häusliche Krankenpflege. Spezifische Altenpflege findet kaum statt, obwohl 80% der Klientel Altenpflege benötigen. Tätigkeiten wie Gesprächsführung, soziale Beratung und Rehabilitation werden weder bei der Berechnung der verfügbaren Pflegezeiten des Pflegepersonals noch von den Finanzierungsträgern berücksichtigt.¹⁷⁾ Zusätzlich zu den medizinisch-pflegerischen Ansätzen müßten daher die Anforderungen an die Leistungen an die Sozialstationen um präventive und rehabilitative Inhalte, um Verfahren zur körperlichen, zur mentalen und sozialen Mobilisierung und Stabilisierung erweitert werden, wenn ein weiterer Ausbau des ambulanten Bereichs Sinn machen soll. Das hätte allerdings nicht nur Konsequenzen für die Aus- und Fortbildung, sondern vor allem für die Finanzierung dieser Leistungen.

Zugleich führt der Ausbau der ambulanten Versorgungsangebote bereits heute dazu, daß Eintrittsalter und Grad der Pflegebedürftigkeit jener Patienten ansteigen, die von der ambulanten Betreuung in die stationäre Versorgung überwechseln müssen. Die hierin sichtbare Verlagerung der beruflichen Anforderungen auf Schwerst-, Intensiv- und Endpflegen bedeutet neben einer deutlichen Schwerpunktsetzung der Berufsanforderungen auf medizinisch-pflegerische und gerontopsychiatrische Anforderungen für die Beschäftigten in der stationären Alten- und Behindertenpflege gleichzeitig auch einen rapiden Zuwachs an physischen und psychischen Belastungen.

Dieses Problem, daß sich die beruflichen Anforderungen und Belastungen im stationären und ambulanten Einsatzbereich der Altenpflege auseinanderentwickeln, darf nicht unterschätzt werden. Im BIBB wird deshalb davon ausgegangen, daß die sich verändernden Belastungsformen in Zukunft leichter zu bewältigen wären, wenn im Rahmen beruflicher Bildungsmaßnahmen Rotations- bzw. Umsteigequalifikationen bereitgestellt würden. Sie sollen dazu beitragen, daß die Beschäftigten leichter zwischen den verschiedenen beruflichen Einsatzfeldern wechseln können und damit Resignation, Ausbrennen und Berufsausstieg gemindert werden.¹⁸⁾

Heilerziehungspflege

Neben der Altenpflege sollten wir allerdings nicht die übrigen Berufe aus den Augen verlieren, die bei der Versorgung Pflegebedürftiger ebenfalls eine wichtige Rolle spielen. Dies gilt in erster Linie für den Beruf Heilerziehungspflege, der im Zusammenhang mit dem Thema „Pflegenotstand“ bislang noch gar nicht erwähnt wurde und der meines Erachtens auch viel zu wenig bekannt ist. Auf die Angehörigen dieses Berufs kommen im Zusammenhang mit der veränderten Altersstruktur Probleme ganz neuer Art zu: Die Betreuung der ersten Generation älterer und alter Behinderteter seit dem Bestehen dieses Berufes. Rückert hat bereits 1986 darauf hingewiesen, daß die Verweildauer alter Menschen in psychiatrischen Einrichtungen immer kürzer wird und daß diese Einrichtungen etwa ein Viertel ihrer Klientel in Einrichtungen der Altenhilfe entlassen.¹⁹⁾ Das heißt, zusätzlich zu den altersdementiell Erkrankten ist in den vergangenen Jahren noch eine erhebliche Anzahl ehemaliger Psychiatriepatienten in die stationären Einrichtungen der Altenhilfe hinzugekommen. Diese Tendenz wird mit der weiteren Auflösung von psychiatrischen Großkliniken (z. B. in den Ländern Bremen und NRW) weiter steigen.

Der Beruf Heilerziehungspflege ist nicht in allen Bundesländern staat-

lich geregelt. Das Berufsbild ist sehr breit angelegt; Ziel ist die lebensbegleitende, ganzheitliche Betreuung und Versorgung behinderter Menschen. Das beinhaltet pflegerische, erzieherische, hauswirtschaftliche, beratende und betreuende Aufgaben. Die Entstehung des Berufs ist mit dem Aufbau von Rehabilitations-Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation in den 60er Jahren untrennbar verbunden. Deshalb arbeiten Heilerziehungspfleger/innen bislang fast ausschließlich in Großeinrichtungen: (Rehabilitations-)Kliniken, Internaten von Berufsbildungswerken usw. mit überwiegend jüngeren Behinderten im erwerbsfähigen Alter. Für ältere Behinderte ist in diesen Einrichtungen kein Platz; sie werden bei Erwerbsunfähigkeit bzw. nach Erreichen der Altersgrenze in (Alten-)Pflegeheime „abgegeben“, wie es heißt.

Angesichts der Betreuungslücke für diese Gruppe und angesichts der besonderen Anforderungen bei der Betreuung dieser Personengruppe werden im BIBB die beruflichen Anforderungen in der Heilerziehungspflege bei der Betreuung alter behinderter Menschen in einer Berufsfelduntersuchung zusammen mit den Berufen „Altenpflege“ und „Haus- und Familienpflege“ analysiert.

Haus- und Familienpflege

Aus den Erhebungen des Forschungsprojekts des BIBB in Sozialstationen hat sich außerdem ergeben, daß im Bereich der Hauspflege, die pflegenaher Basishilfen zur Bewältigung des Lebensalltags leistet, ein großer und zunehmender Bedarf bei alten Menschen liegt, der z. Z. nicht ausreichend befriedigt werden kann. Haushaltsnahe Pflegehilfen sind im Zuge der Professionalisierung der Kranken- und Altenpflege weitgehend aus den Berufsbildern etablierter Pflegeberufe eliminiert worden und werden (deshalb?) auch nicht nach der Reichsversicherungsordnung (RVO) von den Krankenkassen vergütet. Gerade in diesem Bereich liegt jedoch häufig der Dreh- und Angelpunkt für präventive und re-

habilitative Ansätze, um das Verbleiben in der eigenen häuslichen Umgebung zu ermöglichen und zu erhalten. Häufig sind es gerade Überforderungen der hilfebedürftigen alten Menschen bei den Verrichtungen der alltagsweltlichen Aufgaben, die einen Pflegebedarf erst verursachen.

Aufgaben und Anforderungsniveau in diesem Bereich dürfen nicht wegen ihrer Nähe zur Hausarbeit unterschätzt werden. Der Hilfebedarf ist häufig sehr komplex und in psychosozialer Hinsicht häufig auch verdeckt, so daß eine solide Qualifizierung der in Einzelarbeit tätigen Hauspflegerinnen unerlässlich ist. Zum Beispiel ergab eine Untersuchung von Prognos in Berlin, daß der Anteil gerontopsychiatrischer Erkrankungen der über 65jährigen sehr groß ist.²⁰⁾

Die vorhandenen Ausbildungsgänge und Berufsbilder für diesen Aufgabenbereich zielen bislang schwerpunktmäßig auf den Einsatz in Familien mit Kindern. Angesichts der demographischen Entwicklung und des Hilfebedarfs alter Menschen wird vom BIBB ein Ausbildungsgang zur staatlich anerkannten Haus- und Familienpflegerin vorgeschlagen, der neben der herkömmlichen Fachrichtung eine zweite Fachrichtung — die Versorgung von Altenhaushalten — anbietet.²¹⁾

Angesichts des großen Bedürfnisses vieler Frauen, ohne adäquate oder überhaupt ohne berufliche Qualifizierung nach der Familienphase wieder ins Erwerbsleben zurückzukehren und im Hinblick auf die Betreuungs- und Versorgungslücke im Bereich der Hauspflege bietet es sich in diesem Zusammenhang ferner an, tragfähige Qualifizierungskonzepte für ungelernete oder nicht ausreichend qualifizierte Frauen zu entwickeln, in denen die in der Familienphase erworbenen Qualifikationen — systematisiert und fundiert — einbezogen und anerkannt werden und Abschlüsse auf dem Niveau staatlich anerkannter Berufe im Pflegebereich erreicht werden können.

Gedacht wird an ein Baukastenkonzept, nach dem in einer ersten Phase die in der Familienphase erworbenen Qualifikationen auf eine nach Berufsbildungsgesetz anerkannte Ebene gestellt werden — auch, um den betroffenen Frauen die damit verbundenen arbeitsversicherungsrechtlichen Möglichkeiten (z. B. Ansprüche nach AFG) zu erschließen. Nach dieser Einführungsphase, die der Motivierung und der Systematisierung vorhandener Fähigkeiten und Kenntnisse und der Ermutigung zum Weiterlernen dient, soll eine Externenprüfung vor der zuständigen Stelle nach § 40 BBiG zur Hauswirtschaftlerin abgelegt werden. Darauf aufbauend soll ein Weiterbildungsgang nach § 46, 1 BBiG anschließen, der zur staatlich anerkannten Haus- und Familienpflegerin mit den zwei Fachrichtungen — Haushalt mit Kindern oder Altenhaushalte — führt.

Basisqualifizierung

Als Einstieg in dieses Modell zur Professionalisierung der Hauspflege hat der Hauptausschuß des BIBB empfohlen, zumindest eine Basisqualifizierung für die große Gruppe der pflegerisch nicht ausgebildeten Laienkräfte im ambulanten, aber auch im stationären Bereich vorzunehmen. In berufs begleitender Form soll folgender Inhaltskatalog vermittelt werden:

- Kenntnisse pflegerischer Grundlagen und Befähigung zur pflegerischen Grundversorgung.
- Ernährungsgrundlagen, Diätzubereitung im Zusammenhang mit entsprechend häufig vorkommenden Krankheitsbildern; Bedeutung des Flüssigkeitshaushalts.
- Psychosoziale Grundlagen für Betreuungsaufgaben: Kenntnisse über Aktions-/Reaktionsmuster, Wissen über Familienstrukturen, Selbsterfahrung, Rollenverständnis, Abgrenzungsfähigkeit innerhalb des Pflegeprozesses.
- Rehabilitationsaufgaben, Mobilisierung.

Diese Basisqualifizierung trägt zur Qualitätssicherung bei und soll

dem sozialpolitisch unhaltbaren Zustand entgegenwirken, daß die bislang beruflich benachteiligten Frauen über kurze, nicht tragfähige „Zurichtungen“, die Ausbildung suggerieren, in schlecht bezahlte berufliche Sackgassen geraten. Der Qualifizierungsbaustein ist überdies so angelegt, daß er auf bestehende, staatlich anerkannte Ausbildungsgänge — z. B. auf die o. a. Haus- und Familienpflege — anrechenbar ist.²²⁾

Wiedereingliederungsmaßnahmen und verkürzte Umschulung

Abgesehen von den Vorschlägen zur Basisqualifizierung und zur Wiedereingliederung von Frauen ohne Ausbildung nach der Familienphase bietet es sich an, Kurse zur Wiedereingliederung nicht nur für Krankenschwestern, sondern auch für Altenpfleger/innen anzubieten. Immerhin dürften von den 20 000 bis 30 000 aus dem Beruf ausgeschiedenen ehemaligen Altenpfleger/innen auch ein großer Teil Frauen sein, die familienbedingt ausgeschieden sind und evtl. bei entsprechend attraktiven Angeboten hinsichtlich Bezahlung und Fortbildung an einer Rückkehr Interesse hätten.

Ferner sollten wir an die Erfahrungen anknüpfen, die wir Anfang der siebziger Jahre mit verkürzten Umschulungsmaßnahmen zur Krankenpflege gemacht haben: Wenn man daran denkt, daß Berufsmotivation und -stabilität bei dieser Gruppe auffallend hoch sind²³⁾ und daß es in den 90er Jahren eine große Zahl berufserfahrener Erwachsener geben wird, die in den 80er Jahren angesichts des Mangels an Ausbildungsplätzen entweder nicht den Wunschberuf oder überhaupt keine adäquate Berufsausbildung erhielten, kann man auch davon ausgehen, daß eine große Zahl von ihnen Fortbildungsbzw. Umschulungsmöglichkeiten zur Altenpflege nachfragen würde. Dieses Konzept bietet sich auch deshalb an, weil der Altenpflegeberuf ja ursprünglich als Fort- bzw. Umschulungsberuf für lebens- und berufserfahrene Erwachsene geschaffen worden ist.

Qualitätssicherung der Pflegearbeit setzt Qualität der Weiterbildung voraus

Der Pflegenotstand ist nicht allein ein finanzielles und quantitatives Problem. Vielmehr sind sich alle Betroffenen darin einig, daß in Fluktuation, Abwanderung aus dem Beruf und fehlendem Berufsnachwuchs eine Not der Pflegenden zum Ausdruck kommt, den andauernden und wachsenden physischen und psychischen Belastungen gewachsen zu sein, die die Konfrontation mit Krankheit, Alter und Behinderung, mit Tod und Sterben, Isolation und zunehmender sozialer Verelendung alter und behinderter Pflegebedürftiger darstellen. Hierauf inhaltlich und methodisch ausreichend vorbereitet zu werden, mit den fortlaufenden Belastungen umgehen zu können, Entlastungsformen im Berufsalltag und berufliche Perspektiven anzubieten, stellt beträchtliche Anforderungen an die Qualität der beruflichen Weiterbildung im Gesundheits- und Sozialbereich.

Es fehlt jedoch sowohl im Bereich der stationären Versorgung alter pflegebedürftiger und behinderter Menschen als auch im gesamten Bereich der ambulanten sozialen Dienste an systematischen Weiterbildungskonzepten. Fort- und Weiterbildung werden in diesem frauenspezifischen Berufsbereich immer noch als Privileg und Luxus und als individuell zu erbringende Leistung angesehen, statt als Investition des Betriebes in das Humankapital „Arbeitsfähigkeit“. Die Pflegekraft müßte, wie in anderen Wirtschaftsbereichen auch, als Produktivkraft angesehen werden, die nicht nur das eigene, individuelle Arbeitsvermögen sichern muß, sondern auch die Basis für die ökonomische Leistungskraft eines jeden Betriebes, auch des Alten- und Pflegeheims und der Sozialstationen darstellt.

Die Initiierung betrieblicher Fortbildungsmaßnahmen, die in klarem Zusammenhang zu den berufs-

fachlichen Kompetenzbereichen stehen, die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen zur Erhöhung der Motivation zur Teilnahme an Weiterbildung, die Begleitung von Fort- und Weiterbildung mit strukturellen Veränderungen in der Arbeitsgestaltung, die die Umsetzung von neuen Erkenntnissen in der Berufspraxis ermöglicht, das alles sind originäre Leitungsaufgaben. Sie wahrzunehmen erfordert Leitungs- und Managementkompetenzen, die schwerlich automatisch oder naturwüchsig vorhanden sind.²⁴⁾

Anmerkungen

- 1) Rückert, W.: „Der Bedarf an ambulanten Diensten und die vorhandenen Dienste.“ In: Gesundheits- und sozialpflegerische Arbeit im Umbruch, hrsg. von Barbara Meifort. Alsbach/Bergstr.: Leuchtturm-Verlag, 1987. (Hochschule und berufliche Bildung; Bd. 3) S. 17.
- 2) Ebenda, S. 37, Übersicht 14.
- 3) Wir verfügen über keine Definition von Alter, sondern orientieren uns ersatzweise i. d. R. am rentenversicherungsrechtlichen Begriff der Altersgrenze für das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben.
- 4) Siehe Anmerkung 1), S. 27, Übersicht 9.
- 5) Ebenda.
- 6) Bäuml, I.: „Unzureichendes Krankenpflegepersonal gefährdet die pflegerische Patientenversorgung im Krankenhaus.“ In: Katholischer Berufsverband für Pflegeberufe. Mitteilungsblatt, (1988), 5, S. 10.
- 7) „Personalnot in den Krankenhäusern — DKG fordert die Verantwortlichen zum Handeln auf.“ In: Katholischer Berufsverband für Pflegeberufe. Mitteilungsblatt, (1988), 5, S. 12.
- 8) „Ein Notstand wird herbeigeredet.“ Stellungnahme des Bundesverbandes der Allg. Ortskrankenkassen. In: Katholischer Berufsverband für Pflegeberufe. Mitteilungsblatt, (1988), 5, S. 16.
- 9) „Herausforderung Pflege. Chance zu neuer Arbeit.“ Schriftliche Stellungnahmen zum Expertengespräch (Fragenkatalog) der CDU am 24.2.1988 in Bonn. Bonn: CDU-Bundesgeschäftsstelle 1988.
- 10) Zum weiteren Begründungszusammenhang zwischen gesellschaftlicher Unterbewertung der sozialpflegerischen Berufe und geschlechtsspezifischer Diskriminierung dieser sog. „Frauenberufe“ vgl.: Meifort, Barbara: „Berufliche Diskriminierung von Frauen in ‚Frauenberufen‘: Das Beispiel ‚Gesundheitsberufe‘.“ In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis, 17, (1988), 3, S. 82 ff. sowie dies.: „Gesundheits- und Sozialberufe auf dem Prüfstand.“ In: Ein Schritt vorwärts . . . , hrsg. von Margit Frackmann. Hamburg: VSA-Verlag 1990.
- 11) „Berufsbildungsbericht 1989“, hrsg. vom Bundesminister für Bildung und Wissenschaft. Bonn: BMBW 1989.
- 12) Siehe Anmerkung 9).
- 13) „Neue Ausbildungsordnung in Nordrhein-Westfalen.“ In: Altenpflege, 13, (1988), 10, S. 682.

- 14) „Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger.“ Ermittlungen der Repräsentativdaten und Situationsgruppenanalyse. Socialdata. Stuttgart: Kohlhammer 1980. (Schriftenreihe des BMJFFG; Bd. 80 S. 39 ff.)
- 15) Modellprogramm „Ambulante Dienste für Pflegebedürftige“ — Vor-Ort-Untersuchung Münster — Vorläufiger Abschlußbericht. Münster (1988).
- 16) Rückert, W.: „Hilfe und Pflege im Alter.“ Informationen und Ratschläge für die Betreuung und Versorgung zu Hause. Köln: KDA 1986. S. 10.
- 17) Vgl.: Ergebnisse aus BIBB-Projekt 4.046 „Qualifikationsanforderungen und Fortbildungsangebote für Beschäftigte in ambulanten gesundheits- und sozialpflegerischen Diensten“.
- 18) Vgl. BIBB-Projekt 4.065 „Qualifikationsstrukturen und Berufsentwicklung im Bereich der Betreuung Pflegebedürftiger“.

- 19) Siehe Anmerkung 18), S. 38.
- 20) Seitz, B.; Stürmer, W.: „Psychogeriatrische Pflege durch Sozialstationen.“ Untersuchung des Landes Berlin — vertreten durch den Senator für Gesundheit und Soziales —. Berlin: Prognos 1987.
- 21) Meifort, B.: „Notwendigkeiten zur beruflichen Förderung von Frauen im gesundheits- und sozialpflegerischen Feld.“ Im Auftrag der Frauenbeauftragten des Berliner Senats. Berlin: 1988.
- 22) Empfehlung des Hauptausschusses des Bundesinstituts für Berufsbildung „Fortbildungskonzeption für Beschäftigte in Sozialstationen“, Berlin 19. Juni 1989.
- 23) Fallstudien im Rahmen des Projektes 4.033 in verschiedenen Großkliniken, u. a. in einer westdeutschen psychiatrischen Landesklinik.
- 24) Siehe Anmerkung 23).

Förderung der Modernisierung überbetrieblicher Berufsbildungsstätten

Kurt Kielwein

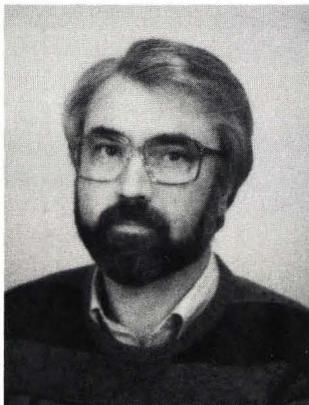
Überbetriebliche Berufsbildungsstätten haben die Aufgabe, durch betriebsergänzende Maßnahmen die qualitative und quantitative Aus- und Weiterbildungsfähigkeit insbesondere von Klein- und Mittelbetrieben zu erhalten oder zu erreichen.

Darum führen sie in erster Linie überbetriebliche Berufsausbildungs-, berufliche Fort- und Weiterbildungs- sowie Betriebsführungslehrgänge durch. In den letzten Jahren wurden auch Sondermaßnahmen (z. B. Benachteiligten-Programm) und Umschulungslehrgänge durchgeführt.

Angesichts des technischen und wirtschaftlichen Wandels ist damit zu rechnen, daß der Umfang der überbetrieblichen Berufsbildungsstätten ihren Bildungsauftrag erfüllen können, ist es erforderlich, ihre Funktionstüchtigkeit zu erhalten, zu verbessern. Dies erfordert jedoch einen hohen Finanzbedarf für die notwendigen Erhaltungs- und Ersatz- bzw. Anpassungsinvestitionen. Diese Kosten können von den Trägern überbetrieblicher Berufsbildungsstätten in der Regel nicht getragen werden.

Der Hauptausschuß des Bundesinstituts für Berufsbildung hat in seinen Empfehlungen an die Bundesregierung vom 10. 12. 1985 und 5. 2. 1988 darauf hingewiesen, daß eine unterstützende Finanzierung erforderlich ist, wenn funktionstüchtige, moderne überbetriebliche Berufsbildungsstätten im Interesse der Aus- und Weiterbildung in Klein- und Mittelbetrieben erhalten bleiben sollen.

Mit der nun bestehenden neuen Förderungsmöglichkeit zur Modernisierung überbetrieblicher Berufsbildungsstätten soll dieses Ziel erreicht werden.



Kurt Kielwein
Leiter der Abteilung 6.3 „Förderung überbetrieblicher Berufsbildungsstätten“ des Bundesinstituts für Berufsbildung in Bonn.

Ausgangsposition

Die Bundesregierung hat am 24. 8. 1988 eine „Konzeption für die Förderung überbetrieblicher beruflicher Ausbildungsstätten“ dem Deutschen Bundestag zur Unterrichtung zugeleitet (siehe BT-Drs. 11/2824). Diese wurde in den zuständigen Ausschüssen des Deutschen Bundestages beraten. Nach einer öffentlichen Anhörung zur Bedeutung und zu den künftigen Aufgaben überbetrieblicher Berufsbildungsstätten (ÜBS) im federführenden Ausschuß für Bil-