



KVJS

Kommunalverband für
Jugend und Soziales
Baden-Württemberg

KVJS

Forschung

Personalbedarf in der Altenhilfe und Altenpflege in Baden-Württemberg – Expertise unter Berücksichtigung des Bedarfs an nicht-medizinischen Fachkräften mit akademischer Qualifikation

Abschlussbericht

Projektleitung und -koordination:

Prof. Dr. Gerhard Naegele
Dr. Andrea Kuhlmann
Institut für Gerontologie an
der TU Dortmund

FFG Forschungsgesellschaft
für Gerontologie e.V.

Prof. Dr. Ulla Walter
Christiane Patzelt
Institut für Epidemiologie,
Sozialmedizin und Gesund-
heitssystemforschung an der
Medizinischen Hochschule
Hannover

MHH Medizinische Hochschule
Hannover



Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Inhaltsverzeichnis | 2 |
| Vorwort | 5 |
| Zur Einführung | 6 |
| 1 Der Auftrag | 9 |
| 2 Die Herangehensweise | 11 |
| 3 Demografischer und (senioren-)politischer Wandel – Ausgangspunkte für innovative Konzeptualisierungen | 14 |
| 3.1 Traditionelles Begriffsverständnis von Altenhilfe und Altenpflege – Überblick und kritische Betrachtung | 14 |
| 3.2 „Alter(n)“ als demografiesensible kommunale Gestaltungsaufgabe..... | 17 |
| 3.2.1 Exkurs – Kommunale Altenberichterstattung..... | 23 |
| 3.3 Pflege als Teil der gesundheitlichen Versorgung in einer insgesamt alternden Gesellschaft..... | 25 |
| 3.4 Zusammenfassung | 30 |
| 4 Nicht-medizinische akademische Fachkräfte in der Altenhilfe und Altenpflege – Einordnung und aktuelle Befunde | 32 |
| 4.1 Soziale Dienste für ältere Menschen – Bestand und Bedarf..... | 32 |
| 4.1.1 Beschäftigte und relevante Berufsgruppen..... | 33 |
| 4.1.2 Demografische und strukturelle Veränderungen in Arbeitsfeld und Arbeitswelt..... | 36 |
| 4.2 Gerontologisierung der Sozialen Arbeit und Akademisierung der Gesundheitsberufe in Deutschland – ein Überblick | 39 |
| 4.2.1 Die Gerontologisierung Sozialer Arbeit und der Aufbau (sozial-)gerontologische Studiengänge..... | 40 |
| 4.2.2 Die Akademisierung der Gesundheitsberufe | 46 |
| 4.3 Zur Durchlässigkeit der Ausbildung in den sozialen Berufen und Gesundheitsberufen – Nationale und internationale Entwicklungen in der (hochschulischen) Bildungslandschaft | 57 |
| 4.3.1 Bologna und die Entwicklung von Qualifikationsrahmen | 58 |
| 4.3.2 Umsetzung von (fachspezifischen) Qualifikationsrahmen in den Gesundheits- und Sozialberufen | 60 |
| 4.3.3 Verfahren zur Förderung der Durchlässigkeit..... | 64 |
| 4.4 Qualifikationsbedarfe für nicht-medizinische akademische Fachkräfte in der Altenhilfe und –pflege..... | 69 |
| 4.4.1 Qualifikation und zukünftige Qualifikationsbedarfe in Baden-Württemberg | 69 |



| | | |
|-----------|--|------------|
| 4.4.2 | Zukünftige Qualifikationsanforderungen für nicht-medizinische akademische Fachkräfte in der Altenhilfe und Altenhilfe | 73 |
| 4.5 | Zusammenfassung | 76 |
| 5 | Demografische und (senioren-)politische Entwicklungen und ihre Bewertung in Baden-Württemberg..... | 80 |
| 5.1 | Demografische Entwicklung in Baden-Württemberg..... | 80 |
| 5.2 | Landesseniorenpolitische Entwicklungen und Schwerpunkte..... | 86 |
| 5.3 | Die Sicht der Experten | 93 |
| 5.3.2 | Mitarbeitergewinnung und Herausforderungen für die Stellenbesetzung..... | 96 |
| 5.3.3 | Einschätzung und Beurteilung der gegenwärtigen Hochschulausbildung | 100 |
| 5.3.4 | Finanzielle Rahmenbedingungen | 102 |
| 5.3.5 | Allgemeine Bewertung und Ausblick | 105 |
| 5.4 | Zusammenfassung | 111 |
| 6 | Hochschul- und Ausbildungssituation in Baden-Württemberg..... | 115 |
| 6.1 | Die Hochschullandschaft in Baden-Württemberg | 115 |
| 6.2 | Recherche und Analyse von nicht-medizinischen Studienmöglichkeiten in Baden-Württemberg für das Berufs- und Handlungsfeld..... | 116 |
| 6.2.1 | Auswahl der Hochschulen und Studienangebote | 117 |
| 6.2.2 | Ergebnisse der Interviews mit den Studiengangsleitungen..... | 119 |
| 6.2.3 | Ergebnisse der Befragung der Immatrikulationsämter..... | 129 |
| 6.3 | Zusammenfassung | 130 |
| 7 | Quantifizierung des Personalbedarfs..... | 132 |
| 7.1 | Berechnungsweg | 132 |
| 7.2 | Auswahl der Berufe..... | 133 |
| 7.3 | Datenlage und Datenqualität..... | 133 |
| 7.4 | Ergebnisse der Personalbedarfsberechnungen..... | 135 |
| 7.5 | Anmerkungen zur Interpretation der Berechnungsergebnisse..... | 143 |
| 8 | Zusammenfassung und Ausblick | 145 |
| 8.1 | Zusammenfassung | 145 |
| 8.2 | Entwicklungsperspektiven für Baden-Württemberg | 155 |
| 8.2.1 | Einschätzung des quantitativen Bedarfs..... | 155 |
| 8.2.2 | Formulierung von Qualifikationsanforderungen..... | 157 |
| 8.3.3 | Ableitung von Maßnahmen für die Gestaltung der Aus- und Weiterbildungssysteme | 160 |
| 9 | Literaturverzeichnis..... | 164 |
| 10 | Abbildungsverzeichnis..... | 184 |
| 11 | Tabellenverzeichnis..... | 185 |



| | | |
|-----------|---|------------|
| 12 | Anhang | 186 |
| 12.1 | Methodisches Vorgehen Experteninterviews „Planung, Verwaltung und Einrichtungen“ | 187 |
| 12.2 | Interviewleitfaden: Kosten- und Einrichtungsträger, Politik, (Kommunal-) Verwaltung und Berufs-/Kommunalverbände..... | 190 |
| 12.3 | Studiengänge in Baden-Württemberg: Fachsuche über den Hochschulkompass ... | 192 |
| 12.4 | Studiengänge in Baden-Württemberg: Fachsuche über den Hochschulkompass ... | 194 |
| 12.5 | Eingeschlossene Studienangebote an den Hochschulen in Baden-Württemberg Befragung der Studiengangsleitungen | 197 |
| 12.6 | Interviewleitfaden: Studiengangsleitung | 202 |
| 12.7 | Fragebogen zur Erhebung des akademischen Fachkräftebedarfs in der Altenarbeit, Altenhilfe und Altenpflege in Baden-Württemberg (Befragung der Immatrikulationsämter)..... | 204 |
| 12.8 | Absolventenverbleib am Beispiel von zwei gerontologischen Studiengängen an der Technischen Universität Dortmund | 205 |
| 12.9 | Qualifikationsrahmen | 212 |



Vorwort

Auch in Baden-Württemberg ist die nachhaltige und zukünftig fortschreitende Alterung der Bevölkerung zu einem fachpolitisch sehr brisanten Thema geworden. Die Notwendigkeit, dieser Herausforderung durch differenzierte, lebensweltorientierte Angebotsstrukturen und neue Professionalisierungskonzepte zu begegnen, ist unbestritten. Die Konzeptionelle Gestaltung sowie die Arbeitsweisen von Angeboten und Dienstleistungen müssen überprüft und teilweise neu entwickelt werden. Kreise und Gemeinden sind darauf angewiesen, dass hierfür fachkompetente Mitarbeiter in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen. Die Gewinnung von Fachkräften wird aber gerade in der Altenhilfe und -pflege immer mehr zum Problem.

Bislang gab es noch keine belastbaren Aussagen darüber, wie sich die Bedarfslage in der Altenhilfe und Altenpflege in Baden-Württemberg voraussichtlich vollziehen wird - unter Berücksichtigung fachpolitischer Entwicklungen und Rahmenbedingungen. Der KVJS hat deshalb auf Wunsch der Arbeitsgemeinschaft der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg eine entsprechende Untersuchung in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse liegen nun vor: Präsentiert wird eine in dieser Form einzigartige Zusammenfassung der demografischen, fachlichen und fachpolitischen Entwicklungen der Altenhilfe und -pflege in Baden-Württemberg. Die Expertise liefert darüber hinaus vielfältige Hinweise zur Sicherstellung eines ausreichenden akademischen Fachkräfteangebots und zur Beförderung eines nachhaltigen Dialogs zwischen Hochschulen und Anstellungsträgern.

5

Der KVJS dankt Herrn Professor Dr. Gerhard Naegele und Frau Dr. Andrea Kuhlmann herzlich. Sie haben mit großem Engagement einen außerordentlich informativen und sehr vielschichtigen Bericht vorgelegt. Der KVJS dankt auch den weiteren Mitgliedern des Projektteams, die das Forschungsvorhaben hervorragend unterstützt haben, ebenso allen Expert/en/innen aus dem Hochschulbereich und der Fachpraxis Baden-Württembergs, die ihre Erfahrung und ihren Sachverstand im Rahmen der Erhebungen, Interviews und Fachgespräche zur Verfügung gestellt haben. Ohne diese Unterstützung wäre das Forschungsvorhaben nicht möglich gewesen.

Der KVJS wünscht dem Bericht eine breite Aufmerksamkeit. Er wird den fachlichen Austausch zu diesem wichtigen Thema weiterhin anregen und begleiten – in Planung, Beratung und Fortbildung.

Landrat Karl Röckinger
Verbandsvorsitzender

Senator e.h. Prof. Roland Klinger
Verbandsdirektor



Zur Einführung

Die Landschaft der Altenhilfe und Altenpflege ist im Wandel – dieser Wandel vollzieht sich nicht erst seit gestern, dennoch konnte man lange Zeit den Eindruck gewinnen, dass die daraus resultierenden Anforderungen zu spät erkannt und häufig mit den Antworten von gestern und vorgestern zu lösen versucht wurden. Seit einigen Jahren jedoch lässt sich eine Trendwende erkennen. Die Altenhilfe und Altenpflege modernisieren sich, richten sich zunehmend auf die neuen Herausforderungen aus. Diese Modernisierungsstrategie lässt sich exemplarisch an dem Projekt „Personalbedarf in der Altenhilfe und Altenpflege in Baden-Württemberg – Expertise unter Berücksichtigung des Bedarfs an nicht-medizinischen Fachkräften mit akademischer Qualifikation“, das wir in den letzten Monaten durchgeführt haben, mit Bezug auf die damit einhergehenden Qualifizierungsanforderungen und Personalbedarfe nachzeichnen. Um das Ergebnis des Projektes vorwegzunehmen beziehungsweise zusammen zu fassen: für die künftigen Herausforderungen, vor allem auf der kommunalen Ebene, werden nicht nur andere, sondern in bestimmten Arbeitsfeldern vermehrt auch akademische Qualifikationen benötigt.

Was hat sich im Feld geändert? Warum ist die traditionelle Altenhilfe und Altenpflege herausgefordert? Warum fordern immer mehr Experten eine Kehrtwende in der lange Zeit und in vielen Kommunen immer noch vorherrschenden hilfeorientierten Sicht auf das Alter?

6

Zunächst: Das Alter ist nach wie vor hilfebedürftig, und dies wird sich in Zukunft auch nicht ändern. Bevölkerungsvorausberechnungen verweisen seit langem nicht nur auf Anstieg und Zunahme von Anteilen und Zahlen älterer Menschen, was allein allerdings noch keinen Anstieg von Hilfebedürftigkeit impliziert. Viel bedeutsamer sind die Zunahme von Hochaltrigkeit, damit verbundene Veränderungen in der Morbiditätsstruktur (Zunahme chronischer Erkrankungen) und Pflegebedürftigkeit, Veränderungen in den Haushaltstrukturen („Singularisierung“) und Abnahme primärer Netzwerkstrukturen zur Unterstützung hilfebedürftiger älterer Menschen in ihren Alltagsbezügen. Seriöse Vorausberechnungen erwarten für die nächsten zwei bis drei Jahrzehnte einen Anstieg der registrierten Pflegebedürftigkeit auf fast drei Millionen sowie eine Zunahme von demenziell erkrankten älteren Menschen auf weit über 1,5 Millionen. Zudem schreitet die Zunahme der Ein- und Zwei-Personenhaushalte, in denen vor allem sehr alte Menschen leben, weiter voran. Diese Entwicklungen betreffen in erster Linie die Kommunen, hier aktualisiert und präsentiert sich der demografische Wandel am nachhaltigsten.

Andererseits rücken Menschen ins Alter nach, die frei von jeglichen sozialen Risiken und Problemen ihr Alter leben, nicht auf professionelle Hilfe angewiesen und zunehmend mit Potenzialen ausgestattet sind, die ihnen eine selbständige Lebensführung so weit wie möglich erlaubt. Auch diese Gruppe, die häufig mit dem „jungen“, „aktiven“ Alter assoziiert wird, gewinnt quantitativ an Bedeutung.

Für die hier dargestellte Polarisierung des Alters, in ein problematisches wie in ein normales, („gutes“/„aktives“) müssen unterschiedliche soziale Antworten gefunden werden. Für eine moderne Altenhilfe und Altenpflege gilt es, beide Dimensionen in den Blick zunehmen, zum einen, um auf zunehmende stark sozial gefährdete Lebenslagen zu reagieren, zum anderen,



um aktives und gesundes Älterwerden und eine selbständige und problemfreie Lebensführung so lange wie möglich zu unterstützen. Für beide Aufgaben bedarf es mehr und anders qualifizierter Fachkräfte, die auf veränderte Lebenslagen angemessen und bedarfsgerecht reagieren und künftige Prozesse und Entwicklungsperspektiven vorausschauend gestalten.

Dies alles erfolgt jedoch nicht voraussetzungslos und schon gar nicht im Selbstlauf.

Das Projekt hatte zum Ziel, den Bedarf an akademischen Fachkräften auszuloten. Wir haben festgestellt, dass akademische Qualifikationen in der Altenhilfe und Altenpflege insbesondere benötigt werden, wenn es um Beratung, Case- und Care- Management, Qualitätsmanagement, das heißt Qualitätsentwicklung und -sicherung, Koordination, Planung und Vernetzung, Leitung und Management von Diensten und Einrichtungen, spezialisierte hochkomplexe Pflege sowie um die Steuerung von assistierenden technischen Systemen und um die Übernahme ärztlicher Aufgaben geht. Die für den Erwerb entsprechender Qualifikationen benötigten Ausbildungsstrukturen befinden sich erst im Aufbau: gegenwärtig kann – in Baden-Württemberg beziehungsweise bundesweit – von einem im beschriebenen Sinne entsprechend qualifizierten Personal keine Rede sein. Auch wenn die Anzahl akademischer Fachkräfte in der Altenhilfe und Altenpflege gegenwärtig nicht valide quantifiziert werden kann und bislang keine Aussagen zum bedarfsorientierten Einsatz möglich sind, ist anzunehmen, dass dementsprechend graduierte Fachkräfte mit einschlägigem Qualifikationsprofil aufgrund der bislang wenigen darauf bezogenen Qualifizierungsangebote erst in geringem Umfang zur Verfügung stehen.

7

Auch dazu hat das Projekt Aussagen und Planungsempfehlungen gegeben, die sich insbesondere an die Bildungspolitik richten. Zu den wichtigsten Empfehlungen zählen dabei die Verbesserung der Transparenz der Studienangebote, welche in Baden-Württemberg für die Bereiche Altenhilfe und Altenpflege qualifizieren – zum Beispiel durch die Erstellung einer umfassenden Gesamtübersicht der einschlägigen Studienangebote und die Durchführung systematischer Verbleibsstudien. Außerdem ist in diesem Zusammenhang die Förderung eines kontinuierlichen Austausches zwischen Hochschulen und Praxiseinrichtungen unter Einbezug der bestehenden beziehungsweise sich noch in Entwicklung befindlichen Qualifikationsrahmen von wesentlicher Bedeutung. Es gilt, die bedarfsgerechte Praxisweiterentwicklung und die akademische Ausbildung stärker miteinander zu verzahnen. Dieser Austausch ist bislang zu wenig entwickelt, sowohl Praxis- und Anstellungsträger wie Hochschulen müssen hier neue Formen der Kooperation und Abstimmung entwickeln und pflegen.

Für die Anschlussfähigkeit zwischen Hochschule und Berufspraxis werden aus Sicht der Anstellungsträger zudem Formen dualer Studienangebote favorisiert; dies weil insbesondere in der pflegerischen Versorgung die Kenntnis der beruflichen Praxis und der organisatorischen Abläufe als grundlegend für die Übernahmen übergeordneter Aufgaben und Funktion – beispielsweise in den Bereichen Management, Leitung oder Qualitätsmanagement – angesehen werden.

Nicht zuletzt ist festzuhalten, dass mit der Akademisierung der Sozial-, Pflege- und Gesundheitsberufe neue Karrierewege in den verschiedenen Berufsfeldern der Altenhilfe und Altenpflege eröffnet werden können. Hier zeigt sich – wiederum im Sinne der Anschlussfähigkeit – Bedarf für die Verbesserung der Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Bildungsbe-



reichen der allgemeinen, beruflichen und hochschulischen Ausbildung. Erforderlich sind hier die Entwicklung einheitlicher Anrechnungsverfahren sowie die Bereitstellung entsprechender Ressourcen, die es den Hochschulen ermöglichen, diese Verfahren auch regelhaft umzusetzen.

Für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Praxis der Altenhilfe und Altenpflege ist es zudem von wesentlicher Bedeutung, auf den Einsatz von nicht-medizinischen akademischen Fachkräften bezogene, angemessene beschäftigungsrelevante Rahmenbedingungen zu schaffen. Dies bezieht sich zum einen auf Fragen des quantitativen Bedarfs, das heißt hier speziell des akademischen Ausbildungsbedarfs in der Altenhilfe und Altenpflege. Hier ist festzustellen, dass insbesondere die bislang unzureichende Datenbasis ein wesentliches Hemmnis für eine fundierte, empirisch abgesicherte Bedarfsberechnung darstellt. Valide Aussagen zum akademischen Fachkräftebedarf in der Altenhilfe und Altenpflege erfordern deshalb dringend die Etablierung eines Fachkräfte- und Ausbildungsmonitorings. Bereits vorhandene landesspezifische Initiativen in Baden-Württemberg sollten unterstützt und um die hier in den Blick genommenen akademischen Sozial-, Pflege- und Gesundheitsberufe erweitert werden. Um auf die beschäftigungsrelevanten Rahmenbedingungen zurückzukommen ist zudem auf zwei wesentliche Voraussetzungen hinzuweisen; zum einen ist es erforderlich, Qualifikationsanforderungen und Kompetenzprofile nicht-medizinischer akademischer Fachkräfte auch in der Praxis, im Sinne von Anforderungsprofilen für das jeweilige Handlungsfeld, festzulegen. In dem Zusammenhang sind außerdem weitere Überlegungen zu einer qualifikationsorientierten Arbeitsteilung vorzunehmen.

8

Zum anderen ist es von erheblicher Bedeutung, auch die finanziellen Rahmenbedingungen der Beschäftigung in den Blick zu nehmen. Neben einer qualifikationsbezogenen Vergütung ist dabei insbesondere eine (Weiter-)Entwicklung der Refinanzierungsstrukturen zu befördern, beispielsweise eine entsprechende Berücksichtigung akademischer Qualifikationen in den Pflegesatzverhandlungen.

Mit der vorliegenden Untersuchung ist es gelungen, Einschätzungen und aktuelle Herausforderungen zum akademischen Personalbedarf in der Altenhilfe und Altenpflege in Baden-Württemberg unter Berücksichtigung der Perspektiven der Hochschulen sowie der Praxis- und Anstellungsträger herauszuarbeiten. An dieser Stelle richtet sich unser herzlicher Dank an alle Akteure, die – trotz zum Teil anfänglicher Zurückhaltung und Skepsis – durch ihre engagierte Mitwirkung an den Befragungen und dem Expertenworkshop zum Gelingen des Projektes und zur Gewinnung der hier vorliegenden Erkenntnisse beigetragen haben.

Die abschließend für Baden-Württemberg formulierten Entwicklungsperspektiven gilt es nun zukünftig – unter Einbezug aller Akteure, das heißt der kommunalen Spitzenverbände, der Wohlfahrtsverbände, der Berufsverbände, der Arbeitsagentur, der Hochschulen sowie der zuständigen Landesministerien – aufzugreifen und dialogorientiert (weiter) zu bearbeiten. Die hier vorliegenden Projektergebnisse bieten dafür einen geeigneten und fruchtbaren Ansatzpunkt.



1 Der Auftrag

Die nachhaltige und zukünftig fortschreitende Alterung der Bevölkerung betrifft alle Regionen, Städte und Gemeinden in Deutschland, wobei sich Unterschiede hinsichtlich Ausmaß und Geschwindigkeit lokaler Alterungsprozesse ergeben (Menning et al. 2010; Neu 2012). Die kommunale Ebene ist der Ort, an dem sich die Veränderungen der Altersstruktur der Bevölkerung konkret auswirken. Insbesondere mit der Abnahme jüngerer Bevölkerungsgruppen wird sich zukünftig ein Fachkräftemangel auch in den relevanten Arbeitsfeldern der kommunalen Daseinsvorsorge, insbesondere für die Altenhilfe und Altenpflege, abzeichnen.

Eine bedarfsorientierte Professionalisierung und die Weiterentwicklung von Ausbildungsstrukturen, und hier speziell die Gerontologisierung bestehender Studienangebote und die Akademisierung der Pflege- und Gesundheitsberufe, kann als eine bedeutsame Möglichkeit angesehen werden, damit verbundenen zukünftigen (kommunalen) Gestaltungsaufgaben besser gerecht zu werden, die Attraktivität der Berufsfelder in der Altenhilfe und Altenpflege zu steigern und damit auch dem drohenden Fachkräftemangel konstruktiv zu begegnen.

Annahmen zum Bedarf an nicht-medizinischen Fachkräften mit akademischer Qualifikation in der Altenhilfe und Altenpflege liegen für Baden-Württemberg bislang nicht vor. Die Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V./Institut für Gerontologie an der TU Dortmund und das Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover wurden vom KVJS beauftragt, entsprechende Bedarfskennzahlen im Rahmen einer datenbasierten Expertise zu erarbeiten, zu überprüfen und zukünftige Entwicklungsperspektiven für Baden-Württemberg abzuleiten. Für die Erstellung der Expertise wurden folgende Forschungsfragen zugrunde gelegt:

- Welche demografischen und gesellschaftspolitischen Entwicklungen werden den Bedarf an Fachkräften für Altenhilfe und Altenpflege in Baden-Württemberg in den nächsten zehn Jahren (2012-2022) maßgeblich beeinflussen?
- Gibt es dabei unterschiedliche Entwicklungen in den Regionen/Landkreisen in Baden-Württemberg und wie stellen sich diese Entwicklungen für den genannten Zeitraum dar?
- Inwiefern entstehen dadurch neue oder veränderte fachliche Anforderungen speziell für Soziale Dienste, ambulante und stationäre Einrichtungen der Altenhilfe und Altenpflege?
- Welche professionellen und rechtlichen Entwicklungen zeichnen sich auf europäischer Ebene bezüglich der Qualifikation der akademischen Fachkräfte in der Altenhilfe und Altenpflege ab?
- Welche Auswirkungen ergeben sich aus den oben genannten Entwicklungen im Hinblick auf den quantitativen Bedarf an akademischen nicht-medizinischen Fachkräften in der Altenhilfe und Altenpflege in Baden-Württemberg? Welche Auswirkungen ergeben sich im Hinblick auf deren Qualifikation?
- Welche Perspektiven zeichnen sich demzufolge für die Aus- und Weiterbildung ab? Insbesondere: Mit welchen Maßnahmen können die verschiedenen Aus- und Weiterbildungssysteme durchlässig gestaltet werden, um bedarfsgerechte Qualifikationen sowie Aufstiegschancen zu ermöglichen?
- Welche Ansätze sind in Baden-Württemberg bereits realisiert oder geplant, die eine solche Verzahnung und Durchlässigkeit ermöglichen?



- Welche Studiengänge wurden in den vergangenen Jahren an Dualen Hochschulen, Hochschulen für angewandte Wissenschaften und Universitäten bereits neu eingeführt? Wie ist die Nachfrage nach diesen Studiengängen? Welche Berufsperspektiven zeichnen sich für die Absolventen ab?
- Wie wird sich im oben genannten Zeitraum die Nachfrage der Absolventen von Bachelor- und Masterstudiengängen entwickeln?

2 Die Herangehensweise

Kennzeichnend für die Altenhilfe und Altenpflege ist, dass diese einem kontinuierlichen Wandel unterliegen, der auf Einflüsse demografischer, sozialer und gesellschaftlicher sowie epidemiologischer Veränderungen und eine damit einhergehende Ausdifferenzierung der Lebensphase Alter zurückzuführen ist. Diese Entwicklungen berücksichtigend, wurde für die vorliegende Expertise ein breit gefächertes Untersuchungsfeld gespannt: ausgehend von einer Neukonzeptualisierung von Altenhilfe als demografiesensible, kommunale Gestaltungsaufgabe sowie einer Verortung von (Alten-)Pflege als Teil der gesundheitlichen Versorgung einer alternden Gesellschaft wurden Soziale Dienste für ältere Menschen als verbindendes Beschäftigungsfeld für Soziale, Pflege- und Gesundheitsberufe identifiziert, das ebenfalls an die sich wandelnden Bedarfe und Bedürfnisse einer alternden Gesellschaft anzupassen ist. Damit einhergehende Veränderungen in der Arbeitswelt schlagen sich in einer deutlichen Komplexitätszunahme von Arbeitsprozessen und einer zunehmend erforderlichen interdisziplinären Zusammenarbeit nieder. Anspruchs- und voraussetzungsvolle Aufgaben in den für die von Altenhilfe und Altenpflege relevanten Handlungsfeldern, und nicht zuletzt die dafür erforderlichen strukturell-organisatorischen Veränderungen und eine inhaltlich-konzeptionelle Weiterentwicklung, erfordern auch den Einsatz nicht-medizinischer akademischer Fachkräfte, wobei im Folgenden insbesondere die gerontologische (Weiter-)Bildung akademischer Fachkräfte (z. B. aus den Fachrichtungen Soziale Arbeit, Pädagogik, Psychologie) sowie die (Teil-)Akademisierung der Pflege- und Gesundheitsberufe (z. B. Studiengänge Pflegewissenschaften, -management, -pädagogik; Physio-, Ergotherapie, Logopädie) als bedeutsame Entwicklungen in den Blick genommen wurden (vgl. Abb. 1).

11

Abbildung 1: Untersuchungsgegenstand



Quelle: Bäcker et al. 2010; Bogumil et al. 2013; Naegle 2008, 2010a, 2013; Urner 2012; Wissenschaftsrat 2012; eigene Darstellung



Für die Erstellung der Expertise wurde eine sekundäranalytische und qualitative Vorgehensweise gewählt und folgende Arbeitsschritte umgesetzt:

- **Darstellung einer (Neu-)Konzeptualisierung von Altenhilfe und Altenpflege:**
 - 1) Beschreibung des traditionellen Begriffsverständnisses von Altenhilfe und Altenpflege;
 - 2) Betrachtung von „Alter(n)“ als demografiesensible kommunale Gestaltungsaufgabe;
 - 3) Verortung von (Alten-)Pflege als Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung in einer insgesamt alternden Gesellschaft (vgl. Kap. 3);

- **Aufbereitung der Diskussion zu nicht-medizinischen akademischen Fachkräften in der Altenhilfe und Altenpflege:**
 - 1) Soziale Dienste für ältere Menschen: Bestand und Bedarf;
 - 2) Beschäftigte und relevante Berufsgruppen;
 - 3) Beschreibung demografischer und struktureller Veränderungen in Arbeitsfeld und -welt;
 - 4) Beschreibung und Bewertung der Diskussion zur Gerontologisierung Sozialer Arbeit sowie zum Aufbau gerontologischer Studiengänge und zur Akademisierung der Pflege- und Gesundheitsberufe;
 - 5) Beschreibung und Bewertung der Hochschulentwicklung (Bologna-Prozess, Europäischer und Deutscher Qualifikationsrahmen) sowie (inter-)nationaler, professioneller und rechtlicher Entwicklungen zur Verbesserung der Durchlässigkeit der Ausbildung in den Sozialen, Pflege- und Gesundheitsberufen;
 - 6) Exploration und Zusammenfassung von Qualifikationsanforderungen für nicht-medizinische akademische Fachkräfte in der Altenhilfe und Altenpflege auf der Grundlage der Ergebnisse der Experteninterviews und der Literaturanalyse (vgl. Kap. 4);

- **Erfassung und Analyse relevanter demografischer und landesseniorenpolitischer Entwicklungen und Schwerpunkte in Baden-Württemberg:**
 - 1) Beschreibung und Bewertung der Bevölkerungsentwicklung und der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Baden-Württemberg (Sekundärdatenanalyse unter Rückgriff auf die (Landes-)Pflegestatistik);
 - 2) Skizzierung aktueller landesseniorenpolitischer Entwicklungen und Schwerpunkte und exemplarische Betrachtung landesspezifischer, hochschulischer Bildungsmöglichkeiten mit Bezug zur Altenhilfe und Altenpflege;
 - 3) Exploration und Bewertung des Einsatzes nicht-medizinischer akademischer Fachkräfte in der Altenhilfe und Altenpflege in Baden-Württemberg durch Experten (Einschätzungen zum quantitativen Bedarf, zur Mitarbeitergewinnung und Stellenbesetzung, zur gegenwärtigen Hochschulausbildung und zu finanziellen Rahmenbedingungen; allgemeine Bewertung von Chancen und Nutzen sowie förderlichen und hinderlichen Rahmenbedingungen) (vgl. Kap. 5);

- **Erfassung und Analyse der Hochschul- und Ausbildungssituation in Baden-Württemberg:**
 - 1) Recherche und Analyse von nicht-medizinischen Studienmöglichkeiten in Baden-Württemberg, die für das Berufs- und Handlungsfeld Altenhilfe und Altenpflege qualifizieren (Übersicht (neuer) Studiengänge in Baden-Württemberg, Nachfrage und Auslastung der Studiengänge, Einschätzung und Bewertung des Studienangebotes und damit verbundener Berufsperspektiven) (vgl. Kap. 6);



- **Quantifizierung des Personalbedarfs:**
 - 1) Beschreibung des Berechnungswegs und der Auswahl der Berufe;
 - 2) Beurteilung der Datenlage und Datenqualität;
 - 3) Präsentation und Interpretation der Ergebnisse (vgl. Kap. 7);

- **Zusammenfassung und Ausblick - Ableitung von Entwicklungsperspektiven für Baden-Württemberg:**
 - 1) Kurzzusammenfassung;
 - 2) Einschätzung des quantitativen Bedarfs an nicht-medizinischen akademischen Fachkräften in der Altenhilfe und Altenpflege in Baden-Württemberg;
 - 3) Formulierung von Anforderungen für die Qualifikation von nicht-medizinischen akademischen Fachkräften in der Altenhilfe und Altenpflege in Baden-Württemberg;
 - 4) Ableitung von Maßnahmen für die Gestaltung der verschiedenen Aus- und Weiterbildungssysteme mit Bedeutung für die Altenhilfe und Altenpflege in Baden-Württemberg (bedarfsgerechte Qualifikation, Aufstiegschancen; Berücksichtigung bereits vorhandener oder geplanter Ansätze in Baden-Württemberg) (vgl. Kap. 8).



3 Demografischer und (senioren-)politischer Wandel – Ausgangspunkte für innovative Konzeptualisierungen

Im Folgenden werden die in dieser Expertise im Mittelpunkt stehenden Bereiche der Altenhilfe und Altenpflege in den Blick genommen, wobei zunächst das traditionelle Begriffsverständnis von Altenhilfe und Altenpflege skizziert und einer kritischen Betrachtung unterzogen wird. Ausgehend davon, dass demografische und gesellschaftliche Entwicklungen sowie ein sich zunehmend – auch auf kommunaler Ebene – vollziehender (senioren-)politischer Wandel als Ausgangspunkte für eine Neukonzeptualisierung von Altenhilfe angesehen werden können, schließt daran eine Betrachtung von „Alter(n)“ als demografiesensible kommunale Gestaltungsaufgabe an. Anschließend erfolgt, unter Berücksichtigung aktueller gesetzlicher Entwicklungen, eine Verortung von (Alten-)Pflege als Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung in einer insgesamt alternden Gesellschaft.¹

3.1 Traditionelles Begriffsverständnis von Altenhilfe und Altenpflege – Überblick und kritische Betrachtung

Die Altenhilfe (§ 71 SGB XII) ist Teil der Sozialhilfe (Hilfe in anderen Lebenslagen, SGB XII, Kap. 9) und zielt darauf, „Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen.“ (§ 71 SGB XII, Abs. 1). Mit dem Begriff der „Altenhilfe“ werden der Bereich „der örtlichen Altenpolitik und -arbeit, der sich mit der praktischen Bewältigung von sozialen Problemen und Notlagen älterer Menschen, insbesondere auf der örtlichen Ebene, beschäftigt und entsprechend darauf gerichtete soziale Leistungen, Dienste und Einrichtungen“ (Naegele 2008, 30) beschrieben. Dem traditionellen Begriffsverständnis von Altenhilfe folgend, werden darunter verschiedene Aufgabenbereiche verstanden (ebd.)

- Integrationssicherung (z. B. Freizeit-, Begegnungs- und Kontaktangebote, Seniorenbüros und Seniorenberatung, Soziale Teilhabe, politische Mitwirkung, Mobilitätsdienste),
- Förderung der selbständigen Lebensführung (z. B. komplementäre, vorpflegerische Dienste und Dienstvermittlung) und
- Unterstützung bei eingetretener Hilfe- und Pflegebedürftigkeit (ambulante, teil- und vollstationäre Dienste).

Die Umsetzung dieser Maßnahmen erfolgt in unterschiedlichem Umfang; faktisch dominieren gegenwärtig insbesondere unterstützende, hilfe- und pflegebezogene soziale Dienstleistungen der Maßnahmenbereiche zwei und drei. Dementsprechend herrscht in der Altenhilfe weiterhin vielerorts eine hilfe- beziehungsweise Defizitorientierung vor, die – mit Blick auf die Veränderung und Ausdifferenzierung der Lebenslagen im Alter – jedoch nur noch in Teilbereichen den Bedarfslagen der heute Älteren entspricht (Naegele 2011; Naegele 2010a).

Für die örtliche Altenpolitik und -arbeit und die damit einhergehenden Maßnahmen ist zudem eine geringe und fragmentierte Verrechtlichung kennzeichnend. Während Aufgaben der Maßnahmenbereiche zwei und drei mittlerweile – wenn auch nicht bedarfsdeckend – in verschiedenen gesetzlichen Vorgaben verortet sind (SGB V; SGB IX; SGB XI; SGB XII), ist für

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden bei der Benennung von Personen und Personengruppen auf eine beide Geschlechter ausweisende Formulierung verzichtet und vorzugsweise die männliche Form verwendet.



Bedarflagen, auf die Maßnahmen der Integrationssicherung gerichtet sind und für die so genannten komplementären, „vorpflegerischen“ Dienste bislang nur ansatzweise eine „Verrechtlichung“ erfolgt (Naegele 2011). Nicht nur die fehlende Verrechtlichung, sondern auch die unterschiedlichen sozialgesetzlichen Zuständigkeiten verursachen in der Praxis „Schnittstellenprobleme“ und daraus resultierende Versorgungslücken und -ungleichheiten sowie eine Unter- oder Fehlversorgung älterer Menschen (ebd.).

Im Gegensatz zur bundesgesetzlich geregelten Kinder- und Jugendhilfe sind in der Altenhilfe Handlungsfelder sowie das in den verschiedenen Bereichen tätige Personal in Kommunalverwaltungen bislang nicht einheitlich definiert (Aner 2010; Naegele 2008). Im Hinblick auf das Personal ist im Allgemeinen festzustellen, dass „der gesetzliche Rahmen (...) grundsätzlich ein breites Betätigungsfeld für Fachkräfte der Sozialen Arbeit [bietet].“ (Aner 2010, 33) Die Umsetzung von Angeboten der Altenhilfe in Kommunen gestaltet sich entsprechend der offen gehaltenen gesetzlichen Regelungen örtlich unterschiedlich. Neben unterschiedlicher Bedeutungszuschreibung, Schwerpunktsetzung und Engagement von Politik und Verwaltung, beeinflussen die lokalen finanziellen Rahmenbedingungen die jeweilige Ausgestaltung.

Ein Anreiz für die Umsetzung von Maßnahmen der Altenhilfe besteht für Kommunen unter anderem darin, dass durch vorpflegerische und komplementäre Dienste und Leistungen die Inanspruchnahme stationärer Versorgung und damit einhergehende finanzielle Unterstützungsverpflichtungen der Kommunen zumindest verzögert oder vermieden werden können (Hammerschmidt 2010; Schmidt 2013). Mit der Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 1990er Jahre wurde insbesondere die Ausgestaltung der pflegerischen Infrastrukturen maßgeblich befördert und die örtlichen Sozialhilfeträger von den Pflegekosten entlastet. Damit ging innerhalb der Altenhilfe auch ein Aufgaben- und Bedeutungsverlust in den Bereichen der bis dahin als (eigenständige) Teilbereiche entwickelten (teil-)stationären und ambulanten Angebote der Altenpflege einher (Schmidt 2013). Nicht zuletzt durch die Zuordnung der pflegerischen Versorgung zur Sozialversicherung (SGB V, SGB XI) besteht mittlerweile ein stärkerer Bezug der Angebote der Altenhilfe zum Gesundheitswesen (Hammerschmidt 2010).

15

Mit der nunmehr vorwiegend zentralstaatlichen Regelung von Pflege veränderten sich auch die kommunalen Gestaltungsmöglichkeiten. Im Zuge der Marktöffnung und Privatisierung und eines damit einhergehenden lokalen „Wohlfahrtsmixes“ geht es nunmehr darum, das Zusammenspiel zwischen öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Trägern zu gestalten. Dabei kommt Kommunen, im Rahmen der sozialen Daseinsvorsorge, weiterhin eine Gesamtverantwortung für Art, Umfang und Ausgestaltung lokaler sozialer Dienste und Einrichtungen zu (Naegele 2008; Bäcker et al. 2010; Bogumil et al. 2013). Die Aufgabenteilung wird entsprechend den lokalen Gegebenheiten vorgenommen, „Standardlösungen“ bestehen für den Wohlfahrtsmix nicht (Bäcker et al. 2010). Gleichwohl sind bei der Verantwortungszuweisung prioritäre Aufgaben für die verschiedenen Trägergruppen zu benennen. Neben der Gewährleistungspflicht übernehmen öffentliche Träger bei Bedarf weiterhin die Bereitstellung eigener Angebote (Letzt-/Gesamtverantwortung der Kommunen).

In diesem Kontext ergeben sich auch neue Anforderungen, die sich insbesondere auf die Organisation sozialer und pflegerischer Dienste (Policy-Mix) beziehen (Naegele 2011). Diesbezüglich sind folgende pflegebezogene Bedarfsschwerpunkte zu benennen (DV 1998, 2006; Igl et al. 2007, zit. n. Naegele 2011, 412f):



- Moderieren, Begleiten, Vernetzen, Bündeln und Steuern;
- Eigenständige Angebote zur Absicherung der häuslichen Pflege;
- Informations- und Beratungsaufgaben;
- Schaffung neuer Wohnformen;
- Verbesserung der Qualitätssicherung in der Pflege;
- Abbau von Übergangs- und Schnittstellenproblemen;
- Mitwirkung an der Umsetzung des neuen Konzeptes der lokalen Pflegestützpunkte („Kassen-/Kommunenmodell“);
- „Leuchtturmfunktion“ der eigenen Dienste und Einrichtungen;
- Unterstützung einer neuen lokalen „Kultur des Helfens“.

Die frei-gemeinnützigen Träger erbringen – neben marktwirtschaftlich orientierten stationären und ambulanten Pflegeangeboten – „traditionell“ nicht-marktfähige soziale Dienstleistungen; weitere Angebotsschwerpunkte bestehen in den Bereichen bürgerschaftliches Engagement, Gemeinwesenorientierung, Selbsthilfe und sozialanwaltschaftlichen Interessenvertretung. Privat-gewerbliche Anbieter dominieren hingegen deutlich in den „refinanzierbaren“ Leistungsbereichen wie zum Beispiel der ambulanten Pflege² (Bäcker et al. 2010; Bogumil et al. 2013). Teilweise zeichnet sich auch eine „Rekommunalisierung“ von Leistungen ab (Bogumil et al. 2013, 265). Für die Altenhilfe hingegen ist letztlich festzustellen, dass Angebote weiterhin maßgeblich in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege erbracht werden und hier quantitativ betrachtet - trotz einer Differenzierung der (teil-)stationären und ambulanten Angebote - Einrichtungen der stationären pflegerischen Versorgung dominieren (Hammerschmidt 2010).

16

Neben strukturellen Mängeln ist auch auf die in den letzten Jahren zunehmende Kritik am Begriff der „Altenhilfe“ hinzuweisen. Der „Altenhilfeparagraph“ (§ 75 BSHG) wurde im Zuge der Novellierungen in das SGB XII (§ 71 SGB XII) überführt und inhaltlich beibehalten. Obwohl vereinzelt durchaus begriffliche Innovationen gesetzt wurden (z. B. Vermeidung des Begriffs der „Hilfe“ zugunsten von „Leistungen“, „Beratung“ und „Unterstützung“; Akzentuierung des gesellschaftlichen Engagements) (Hammerschmidt 2010), spiegelt insbesondere die beibehaltene sozialrechtliche Begründung eines speziellen Hilfebedarfs in der Lebensphase Alter eine eher defizitorientierte Sichtweise wider (Schmidt 2013).

Dementsprechend sollen die mit dem Alter einhergehenden „Schwierigkeiten“ und Verluste (Kompetenzen, soziale Beziehungen) durch Maßnahmen der Sozialhilfe kompensiert werden. Unzulässig – und im Widerspruch zu Ergebnissen gerontologischer Forschung – ist es dabei jedoch, „Schwierigkeiten“ des Alters kausal auf diese Lebensphase selbst zurückzuführen (Schmidt 2013). So ist mittlerweile unstrittig, dass „Schwierigkeiten“ die – zum Teil mit höherer Wahrscheinlichkeit – in späteren Lebensphasen auftreten (ebd.), eine Kumulation von Ereignissen und Benachteiligungen im Lebensverlauf darstellen und sich nicht erst im Alter manifestieren (SVR 2007; Kuhlmeier et al. 2008; Tesch-Römer & Wurm 2009). Beispielsweise beeinflussen individuell-biografische Faktoren und soziale Ressourcen gleichermaßen die Gesundheit im Alter (z. B. Zusammenhang zwischen Einkommen und subjektiver Gesundheit; Prävalenz von Krankheiten in Abhängigkeit von sozialer Schicht und/oder Bil-

² In der nunmehr bestehenden Konkurrenz zwischen privat-gewerblichen und frei-gemeinnützigen Trägern werden insbesondere Fragen der Qualitätssicherung diskutiert; außerdem geht es darum, privat-gewerbliche Dienste „in die sozialpolitische Gesamtverantwortung vor Ort“ zu integrieren (Bäcker et al. 2010, 550).



dungsstand; Einflüsse von biografischen Ereignissen wie z. B. Verwitmung als kritisches Lebensereignis) (Kuhlmey et al. 2008).

Nicht zuletzt aufgrund der Heterogenität des Alter(n)s und zukünftig zu erwartender Veränderungen dieser Lebensphase, sind ein einseitiges, an Defiziten ausgerichtetes Altersbild und eine ausschließliche Ausrichtung auf „typische Altersprobleme“ (Naegele 2008; Schmidt 2013) nicht mehr zeitgemäß. Zu berücksichtigen ist zum einen, dass heutzutage nur eine Teilgruppe Älterer von „klassischen Problemlagen“ betroffen ist; zum anderen stellt sich die gesamte Lebenslage Älterer gegenwärtig vielschichtiger und differenzierter dar (ebd.). Ausschlaggebend für eine konzeptionelle Neuausrichtung des „Altenhilfe-Konzeptes“ sind somit nicht allein quantitative demografische Veränderungen, sondern vielmehr „der qualitative Prozess einer *Ausdifferenzierung* der Lebenslagen im Alter“ (Schmidt 2013, Hervorh. i. O.). Die Zunahme älterer Menschen an der Bevölkerung erfordert „vor allem eine *Gestaltung der Lebensbedingungen* in den Kommunen“ und in dem Sinne die Notwendigkeit „einem *aktiven* anstelle eines reaktiven (Sozialhilfe-)Prinzips zu folgen.“ (ebd.). Dies soll auch durch die Verwendung anderer Begrifflichkeiten zum Ausdruck gebracht werden: „Stattdessen ist ein modernes Verständnis, für das mittlerweile der Begriff der Altenpolitik und -arbeit als Teil einer übergeordneten (Sozial-)Politik für das Alter steht, gefordert, das auf eine an der gesamten Lebenslage im Alter, das heißt an allen Lebenslagedimensionen ausgerichteten Politik für das Alter beziehungsweise für ein Leben im Alter abhebt.“ (Naegele 2008, 31)

3.2 „Alter(n)“ als demografiesensible kommunale Gestaltungsaufgabe

17

In den letzten Jahren zeichnete sich in der kommunalen Seniorenpolitik ein Wandel von der Hilfeorientierung zu einer erweiterten sozial- und gesellschaftspolitischen Konzeptualisierung von Alter(n) und Altsein ab (Naegele 2010a). Die traditionelle Altenhilfe bildet unter dieser Perspektive einen bedeutsamen Teilbereich moderner kommunaler Alten- und Seniorenpolitik, an die gegenwärtig und zukünftig jedoch weitere Anforderungen gestellt werden. Erforderlich ist eine Neuausrichtung der kommunalen Sozialpolitik für ältere Menschen im Sinne einer alle Lebenslagen im Alter einbeziehenden kommunalpolitischen Gesamtverantwortung. Ziel sollte die soziale Gestaltung der Gesamtheit der Lebensverhältnisse einer alternden Gesellschaft auf kommunaler Ebene sein (ebd.).

Wenngleich sich in einigen Kommunen bereits eine entsprechende Perspektiverweiterung vollzieht, ist die Betrachtung altersspezifischer Fragestellungen vielerorts weiterhin durch eine überwiegende Altenhilfe-Perspektive (§ 71 SGB XII) geprägt. Dabei legen verschiedene demografische wie gesellschaftliche Entwicklungen eine Neuausrichtung der kommunalen Alten- und Seniorenpolitik nahe (Naegele 2010a; Ottensmeier & Rothen 2006): Neben der Veränderung der Altersphase (Hochaltrigkeit, Singularisierung, Feminisierung, Entberuflichung), sind diesbezüglich auch ökonomisch bedingte und/oder sozialstrukturelle Veränderungen des Lebenslaufs, der Lebens-, Wohn-, Familien- und Arbeitsformen und ihre (Fern-)Wirkungen auf das Alter (z. B. Zunahme von Trennungen, Scheidungen; Situation älterer Arbeitnehmer, Folgen von Frühverrentungen; Migration) zu beachten. Außerdem sind Ressourcen und Potenziale, im Sinne von Niveauerhöhungen bei Teilgruppen älterer Menschen (z. B. gestiegene Alterseinkommen, besserer Gesundheitszustand, besserer Bildungsstand; Bereitschaft zu Aktivität, Engagement, Beteiligung), ebenso einzubeziehen wie Hilfe-, Pflege- und Unterstützungsbedarfe (hoch-)betagter Zielgruppen.



Ein bedeutsamer Anknüpfungspunkt für die Modernisierung der örtlichen Alten- und Seniorenpolitik besteht im Konzept des „active ageing“³ (Naegele 2010a). Zielbereiche umfassen eine Verbesserung des eigenen Älterwerdens („Für-sich-etwas-tun“) und die Förderung eines besseren Älterwerdens und Lebens im Alter, insbesondere von Gruppen, die von sozialer, gesundheitlicher oder ethnisch-kultureller Benachteiligung betroffen sind („Für-und-gemeinsam-mit-anderen-etwas-tun“). Zentrale Schlüsselprinzipien für die Umsetzung „Aktiven Alterns“ (Walker, 2002, 114f) beziehen sich unter anderem auf einen umfassenden Aktivitätsbegriff (Aktivität wird nicht auf bezahlte Beschäftigung oder Produktion reduziert), den Einbezug aller Gruppen älterer Menschen, Prävention und Lebenslauforientierung (Altern als Prozess: aktives Altern gilt es im Lebenslauf zu entwickeln), Generationengerechtigkeit und die Beteiligung und Stärkung älterer Menschen (Befähigung und Motivation zur Aufnahme von Aktivität; Förderung der Eigeninitiative Älterer). Bedeutsam für die kommunale Ebene erscheint das Konzept insbesondere deshalb, weil eine ausschließliche Orientierung am Leitbild des „produktiven Alters“ Konzeptualisierungs- und Umsetzungsprobleme aufwirft. Mit der (Über-)Betonung von Ressourcen und Potenzialen könnte die Gefahr einhergehen, dass kommunale Leitbilder lediglich Teilgruppen älterer Menschen adressieren (z. B. junge Alte, ältere Angehörige der Mittel-/Oberschicht) und vulnerable Gruppen Älterer (z. B. Hochaltrige, Pflegebedürftige, einkommensschwache Ältere) unberücksichtigt bleiben (Naegele 2010a).

18

Wird das Altern der Bevölkerung als gesellschaftspolitische Aufgabe verstanden, gehen damit für die kommunale Seniorenpolitik neue thematisch-inhaltliche Aspekte, neue Zielgruppen und neue Akteure einher. Neben klassischen Themen (z. B. Einkommen, Pflege) gewinnen folgende Bereiche an Bedeutung (Naegele et al. 2008, 56): Arbeit und Beschäftigung; Freizeit, Kommunikation, Bildung und Kultur; Gesundheit, Vorsorge, Gesundheitsförderung; Wohnen, Wohnumfeld, Mobilität; alltagsbezogene Dienstleistungen; Unterstützung von Familien- und Generationenbeziehungen und weiterer sozialer Netzwerke; Nutzung der Wirtschaftskraft Alter sowie Partizipation, Ehrenamt, bürgerschaftliches Engagement. Mit der Förderung der Selbstbestimmung und des Erhalts der Selbständigkeit älterer Menschen wird ebenfalls eine neue Perspektive aufgezeigt. Dabei stehen folgende Aspekte im Mittelpunkt (Ottensmeier & Rothen 2006, 126):

- die Selbst- und Mitverantwortung älterer Menschen für das (eigene) älter werden/alt sein fördern;
- die Bereitstellung von Angeboten durch die Kommune (Gesundheitsförderung, Prävention, Bildung, Kultur, Freizeit, Sport, generationenübergreifende Angebote) und
- die Förderung von Partizipation: Bereitstellung von Strukturen, die es älteren Bürgern ermöglichen, sich einzubringen (Ressourcen, Kompetenzen).

Zusammengenommen ergibt sich für die Kommunen die Notwendigkeit einer „doppelten Orientierung“, bei der gleichsam Modernisierungsbestrebungen (Aufgaben-, Zielgruppen-, Akteurerweiterung) und die Fortführung von Aufgaben der traditionellen Daseinsvorsorge (Sicherheits- und Schutzfunktion der Kommunen bei besonderen Bedarfen im Alter wie z. B. Krankheit, Hilfs-, Pflegebedürftigkeit) für die Alten- und Seniorenpolitik handlungsleitend sind (ebd.).

Neben den Modernisierungsforderungen und -erfordernissen ist hervorzuheben, dass sich für „klassische“ Altersthemen in der kommunalpolitischen Diskussion kein Bedeutungsverlust

³ WHO 2002, online verfügbar unter (12/2012) http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/index.html



abzeichnet; im Gegenteil ist unter Berücksichtigung demografischer Veränderungen und der Entwicklung der sozialen Sicherungssysteme davon auszugehen, dass für Teilgruppen älterer Menschen weiterhin (zukünftig ggf. sogar weiter ansteigend) Handlungsbedarf auf kommunaler Ebene besteht (z. B. alleinlebende hochaltrige Menschen, demenziell erkrankte ältere Menschen, ältere Menschen mit Behinderung, ältere Menschen mit Migrationshintergrund) (Naegele 2010a; Hammerschmidt 2010). Aufgaben- und Leistungszuwächse sind dabei unter anderem in folgenden Bereichen zu erwarten (Hammerschmidt 2010, 30):

- vermehrter Bezug von Sozialhilfeleistungen durch Ältere („Grundsicherung im Alter“ SGB XII, Leistungen Altenhilfe § 71 SGB XII);
- Pflegemanagement, Finanzierungs- und Hilfemix; Herstellung von Transparenz innerhalb des fragmentierten Leistungsangebots und Bearbeitung von Schnittstellenproblemen (Case- und Care-Management⁴);
- Gewinnung und Einbindung ehrenamtlicher Kräfte unter anderem für die Mitwirkung bei öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern sozialer Hilfen.

Für die Bewältigung dieser Aufgaben auf kommunaler Ebene ist eine ausreichende und angemessen qualifizierte Personalausstattung erforderlich. Insbesondere für Aufgaben außerhalb der pflegerisch-gesundheitlichen Versorgung zeigt sich, dass diese nicht im Selbstlauf erfolgen und gerade die Begleitung und Koordination ehrenamtlicher Kräfte eine entsprechende „professionelle Infrastruktur“ erfordert (Hammerschmidt 2010, 30). Die demografischen Entwicklungen erfordern schließlich auch eine Anpassung und Qualifizierung des Personals in den Kommunalverwaltungen. Angesichts zu erwartender Nachfrageverschiebungen von der Kinder- und Jugendhilfe zur Altenhilfe (Bogumil et al. 2013), sind beispielsweise Personalentwicklungskonzepte relevant, welche ein höheres Maß an Flexibilität für die Arbeit in verschiedenen Bereichen verfolgen. Dies gilt es durch entsprechende Aus- und Weiterbildungsangebote (z. B. gerontologische Zusatzqualifikation) sicherzustellen. Positiv ist diesbezüglich zu bewerten, dass seitens der Bundesregierung die Einrichtung geriatrischer und gerontologischer Lehrstühle gefördert werden soll (BMI 2012). Neben der Aus- und Weiterbildung von akademischen Fachkräften zu alter(n)srelevanten Themen, stellt eine verwaltungs- beziehungsweise amtsinterne gerontologische Qualifizierung und Neuausrichtung⁵ auf kommunaler Ebene eine weitere Möglichkeit der fachlichen Weiterentwicklung und Anpassung an demografische Veränderung dar (Kuhlmann 2012), der zukünftig stärkere Beachtung beigemessen werden sollte.

Die Neuausrichtung kommunaler Seniorenpolitik und ihre kommunalpolitische Umsetzung und Gestaltung erfordern ein ressortübergreifendes und interdisziplinäres Vorgehen (Naegele et al. 2008). Diesbezüglich sind durchaus Anknüpfungspunkte zu einer zunehmend diskutierten, aber noch nicht abschließend konzeptualisierten oder etablierten (kommunalen) De-

⁴ Case Management könnte als Aufgabe für nicht-medizinische akademische Fachkräfte zukünftig mehr Bedeutung im Kontext persönlicher Pflegebudgets erfahren. Bislang liegen diesbezüglich Erfahrungen aus der modellhaften Erprobung (gem. § 8 Abs. 3 SGB XI) vor (Klie 2007 zit. n. Naegele 2011), die kontrovers diskutiert werden (Naegele 2011). Eine Verrechtlichung persönlicher Pflegebudgets zeichnet sich allerdings – auch im Rahmen der aktuellen Reformen des SGB XI – gegenwärtig nicht ab.

⁵ So können durch die Einrichtung einer abteilungsübergreifenden Arbeitsgruppe, beispielsweise im Gesundheitsamt, altersassoziierte Themen in die Fachabteilungen eingebracht werden (amtsinterne Perspektivweiterung); andererseits besteht die Möglichkeit, unter Rückgriff auf die verschiedenen, bereits vorhandenen Kompetenzen innerhalb eines Amtes die Lebensphase Alter aus unterschiedlichen Fachrichtungen zu betrachten (z. B. im Gesundheitsamt die Fachrichtungen Ökotrophologie, Zahnmedizin, Pharmazie, Hygiene); somit kann eine wechselseitige Qualifizierung der Fachabteilungen initiiert werden (Kuhlmann 2012).



mografiepoltik denkbar, die eine politikfeldübergreifende Auseinandersetzung mit demografischen Entwicklungen auch auf kommunaler Ebene eröffnen kann (Bogumil et al. 2013). Zu bedenken ist zum einen, dass demografiebezogene Politikansätze bislang vorwiegend auf nationaler Ebene und bundespolitische Maßnahmen ausgerichtet waren (z. B. familienpolitische Maßnahmen). Damit verbundene Implikationen für die kommunale Ebene und konkrete kommunale Handlungsmöglichkeiten zur Gestaltung des demografischen Wandels wurden bislang jedoch nicht systematisch in den Blick genommen (Bogumil et al. 2013)⁶.

Zum anderen bleibt bislang offen, wie das Verhältnis zwischen den einzelnen (kommunalen) Politikbereichen untereinander gestaltet werden kann. Bogumil et al. (2013) beispielsweise sprechen sich dafür aus, „dass für eine erfolgreiche Verankerung des Themas ‚Demografie‘ als eine Art ‚Demografiemanagement‘ auf kommunaler Ebene eine stärkere Kooperation und Koordination von Verwaltungseinheiten innerhalb der Kommunalverwaltung unerlässlich ist“ (Bogumil et al. 2013, 272, Hervorh. i. O.). Diskutiert werden dabei verschiedene Möglichkeiten der institutionellen Verankerung des Querschnittsthemas „Demografie“ durch intrakommunale Koordination, die sich bezüglich ihres Ausmaßes an Verbindlichkeit, ihrer zu erwartenden Einflussmöglichkeiten sowie ihrer tatsächlichen Realisierbarkeit auf kommunaler Ebene unterscheiden (Bogumil et al. 2013).

20

Beispielsweise stellt eine integrierte Verwaltungseinheit, bei der Kompetenzen aus allen Ämtern, die das Querschnittsthema „Demografie“ betreffen, zusammengefasst werden, eine der verbindlichsten Formen der Institutionalisierung dar. Vorteile bestehen darin, dass Verantwortlichkeiten für das Thema „Demografie“ deutlich abgegrenzt und verwaltungsinterne Konkurrenzen reduziert werden können. Weitere Synergieeffekte können darin gesehen werden, dass der monetäre Aufwand für Koordinationsleistungen ebenfalls reduziert werden kann. Zudem gehen mit einer integrierten Verwaltungseinheit „Demografie“ größere Einflussmöglichkeiten einher, die verwaltungsintern für die Durchsetzung eigener Vorhaben bedeutsam sind und darüber hinaus auch zu einer deutlichen Verbesserung der öffentlichen Wahrnehmung des Themas beitragen können. Als hinderlich könnte sich erweisen, dass die Einrichtung einer solchen Verwaltungseinheit in den anderen Ämtern auf Widerstände treffen oder eine Neuordnung aufgrund gesetzlicher Vorgaben nicht einfach vollzogen werden kann. Demgegenüber können (in-)formelle Koordinationsgremien zum Thema „Demografie“ sowie eine projektbezogene Bearbeitung des Themas leichter realisiert werden; diese besitzen jedoch häufig geringere Einflussmöglichkeiten für die Umsetzung eigener Vorhaben (ebd.).

Für die Umsetzung kommunaler Demografiepolitik sind verschiedene Schritte erforderlich. An eine kommunale Problemdiagnose sollte idealerweise ein integratives Stadtplanungskonzept anschließen; dieses sollte dialogorientiert ausgerichtet und offen für inter- und intrakommunale Kooperationen sein (Bogumil et al. 2013). Hindernisse werden darin gesehen, dass in den Kommunen, in denen begrenzte finanzielle Rahmenbedingungen häufig mit höherer Betroffenheit von demografischen Entwicklungen einhergehen, vergleichsweise schlechte Rahmenbedingungen für die Etablierung von Demografiepolitik bestehen. Ungeachtet des-

⁶ Das Thema Demografiepolitik weist auch auf der Bundesebene wie in den einzelnen Bundesländern bislang keine einheitliche Bearbeitung auf. Die Umsetzung von Demografiepolitik befindet sich somit – auf allen föderalen Ebenen – noch in den Anfängen; insgesamt betrachtet, sind die verschiedenen Zugänge zur und Zuständigkeiten für „Demografiepolitik“ in den einzelnen Bundesländern und des Bundes von einer „kohärenten und konsistenten Demografiepolitik“ noch weit entfernt (Hüther & Naegele 2013, 15).



sen wird der Demografiepolitik häufig zurückhaltend begegnet, weil den damit verbundenen Maßnahmen nicht zuletzt im Kontext kommunalpolitischer Wahlen wenig Attraktivität zugeschrieben wird (z. B. aufgrund vermeintlicher „Mehr“-Kosten mittel- bis langfristiger Maßnahmen oder fehlender Einsicht in grundsätzlich sinnvolle Rückbaumaßnahmen). Für die zukünftige Weiterentwicklung ist nach Bogumil et al. (2013, 277) zweierlei von Bedeutung; „[es] bedarf einiger Aufklärungsarbeit, zum Beispiel durch Altersstrukturanalysen, die aufzeigen, was passiert und was es kostet, wenn man so weiter macht wie bisher, und eines gewissen externen Drucks durch die jeweiligen Landesregierungen, um eine zielgerichtete kommunale Demografiepolitik auf den Weg zu bringen.“

Auch wenn für den Nutzen einer mehr oder weniger umfangreichen Neuausrichtung der Altenhilfe sowie für Maßnahmen im Kontext kommunaler Demografiepolitik vielerorts noch Überzeugungsarbeit geleistet werden muss, erscheint es grundsätzlich plausibel, dass sich diese Veränderungen auf kommunaler Ebene „langfristig“ rechnen (fiskalischer Nutzen) und zu einer qualitativen Verbesserung der Versorgung beitragen können. Den Kommunen kommt dabei mit Bezug auf die Daseinsvorsorge eine aktive gestaltende Rolle zu. Entsprechend qualifizierte Mitarbeiter (z. B. akademisch (weiter-)qualifizierte Fachkräfte mit Bezug zu alter(n)srelevanten und/oder demografiebezogenen Themen), können dazu beitragen, langfristige, komplexe Gestaltungsprozesse auf kommunaler Ebene zu initiieren und zu begleiten.

Bislang ist zudem nicht eindeutig geklärt, welche inhaltlichen Schwerpunkte in der kommunalen Demografiepolitik gesetzt werden sollten. Aus gerontologischer Perspektive wäre zu beachten, dass seniorenpolitisch relevanten Themen weiterhin ein eigenständiger Stellenwert zugeschrieben wird; ausgehend von einer gleichberechtigten Berücksichtigung aller Lebensphasen⁷ wird es als notwendig erachtet, seniorenpolitische Schwerpunkte innerhalb der (kommunalen) Demografiepolitik, wie es in der Demografiestrategie der Bundesregierung (BMI 2012) angelegt ist⁸, zu setzen.

An Fragen zur Konzeptualisierung und Institutionalisierung von Demografiepolitik anschließend sollen im Folgenden kommunale Handlungsmöglichkeiten zur Gestaltung des demo-

⁷ vgl. Naegele (2010c).

⁸ Die Demografiestrategie der Bundesregierung (BMI 2012) ist einerseits thematisch weit gefasst (Hüther & Naegele, 2013), andererseits wird explizit ein altenpolitischer Schwerpunkt gesetzt (Mayer 2012). Dieser ist darauf gerichtet, ein selbstbestimmtes Leben und Aktivität im Alter zu fördern (BMI 2012). Dabei soll insbesondere darauf geachtet werden, die lokale Ebene, die Kommunen und Landkreise, einzubinden. Orientiert am Leitbild der „Sorgenden Gemeinschaften“ soll ein Austausch darüber initiiert werden, „wie auf regionaler bzw. kommunaler Ebene die Rahmenbedingungen für selbstbestimmtes Leben im Alter, einschließlich der Betreuung und Pflege im häuslichen Umfeld verbessert werden können. Dabei gilt es, vor Ort geeignete Infrastrukturen und differenzierte ambulante Angebote unter Einbindung des bürgerschaftlichen Engagements aufzubauen bzw. weiterzuentwickeln und diese sinnvoll mit anderen Angeboten zu vernetzen.“ (BMI 2012, 25) Außerdem wird der Förderung der Gesundheit im Alter Bedeutung zugeschrieben. Neben dem Vorschlag einer gesundheitlichen Präventionsstrategie für ältere Menschen, dem Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ und verschiedenen Förder- und Forschungsschwerpunkten geht es darum, eine „flächendeckende, wohnortnahe und bedarfsgerechte medizinische Versorgung“ (BMI 2012, 27) sicherzustellen. Außerdem steht die Sicherung einer qualitativ hochwertigen und bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung im Mittelpunkt; künftig soll deshalb weiterhin die Reform der Pflegeversicherung verfolgt und eine Verbesserung der Lebens- und Versorgungssituation für Demenzerkrankte angestrebt werden. Ein weiterer Schwerpunkt der Demografiestrategie richtet sich darauf, die „Lebensqualität in ländlichen Räumen und eine integrative Stadtpolitik zu fördern“ (BMI 2012). Ein verbindendes Element zwischen dem Schwerpunkt „Selbstbestimmtes Altern“ und der „Unterstützung von Regionen bei der Bewältigung demografischer Herausforderungen“ ist im Aktionsprogramm „Mehrgenerationenhäuser“ zu sehen. Diese stellen in das Wohnumfeld integrierte Anlauf- und Beratungsstellen für ältere Menschen bereit und sollen unter der Perspektive des freiwilligen Engagements und einer generationenübergreifenden Arbeit weiterentwickelt werden (ebd.).



grafischen Wandels skizziert werden, wobei vorrangig auf Bereiche mit Bezug zu älteren Zielgruppen eingegangen wird. Demografische und soziale Entwicklungen wie Alterung, Schrumpfung, Heterogenisierung, Singularisierung und Segregation erfordern weit reichende Umstrukturierungen der bestehenden kommunalen Versorgungsangebote (z. B. in den Bereichen technische Infrastruktur, Wohnungsmarkt, soziale Dienste) (Bogumil et al. 2013). Aufgrund von Alterungs- und Schrumpfungsprozessen kommt es zu „allgemeinen *Auslastungsproblemen der vorhandenen Versorgungseinrichtungen*“⁹ (Bogumil et al. 2013, 266, Hervorh. i. O.). Die (Wieder-)Herstellung eines ausgeglichenen Verhältnisses von Angebot und Nachfrage kann einerseits durch einen Rückbau vorhandener Strukturen – wie Verkehrsnetzen, Einrichtungen oder sogar ganzer Stadtteile – erreicht werden. In diesem Zusammenhang besteht auch die Möglichkeit, Dienste unterschiedlicher Kommunen zusammenzulegen und Aufgaben zu bündeln. Solcherlei Formen interkommunaler Zusammenarbeit bieten sich insbesondere für ländliche Regionen an, die häufig besonders stark vom Rückbau von Infrastruktur betroffen sind (ebd.).

22

Andererseits können Einrichtungen und Angebote durch Umstrukturierungen den veränderten Anforderungen angepasst werden. Zu den Handlungsmöglichkeiten gehört hier zum einen die verstärkte Einbindung von Potenzialen bürgerschaftlichen Engagements. In diesem Rahmen soll nicht nur die Partizipation älterer Menschen sichergestellt, sondern auch ihre aktive Mitgestaltung und die Mobilisierung ihres „sozialen Kapitals“ gefördert werden (ebd.; Naegele 2011). Die Förderung des Engagementpotenzials sollte niedrigschwellig, kleinräumig und zielgerichtet vorgenommen werden und an Engagementpräferenzen älterer Menschen ausgerichtet werden (z. B. Einsatzbereich in ihrem eigenen sozialen Umfeld und mit Bezug zu den Bereichen Gesundheit und Soziales). Um diese Ressourcen zu nutzen, kann beispielsweise eine zentrale Anlaufstelle für Fragen und Bedürfnisse der älteren Generation aufgebaut werden, in der engagementbereite Menschen unterstützt und begleitet werden. Hier ist von Bedeutung, dass unterschiedliche Träger kooperieren, um Konkurrenz und gesamtstädtische Parallelstrukturen zu vermeiden (Bogumil et al. 2013). Zum anderen ist eine stärkere Ausrichtung (sozialer Dienste) an den Bedarfen älterer Menschen nötig, welche beispielsweise medizinische und gesundheitliche Infrastruktur, „`Barrierefreiheit` und Altengerechtigkeit im öffentlichen Raum“ (Strohmeier & Neu 2011, 150) sowie die Schaffung altersgerechter Wohneinheiten und wohnungsnaher sozialer Dienste umfassen (ebd.; Bogumil et al. 2013).

Um kommunale Umstrukturierungsprozesse im Kontext demografischer Entwicklungen systematisch zu begleiten und zu steuern, kommt einer differenzierten Altersstrukturanalyse in Form umfangreicher Monitoringsysteme und einer kleinräumigen Sozialberichterstattung Bedeutung zu (Bogumil et al. 2013). Diese können dazu dienen, demografierelevante Daten differenziert zu analysieren und entsprechende Maßnahmen zu entwickeln. Hierbei ist auf eine konkrete Formulierung von Zielen und Maßnahmen, die Benennung verantwortlicher Akteure sowie die Festlegung eines Zeitraums zur Umsetzung zu achten, um den Einfluss auf kommunalpolitische Entscheidungen zu erhöhen (ebd.).

⁹ Zu den Versorgungseinrichtungen der kommunalen Daseinsvorsorge zählen die „Grundversorgung mit Wasser und Energie, die Abwasser- und Abfallentsorgung, der öffentliche Personennahverkehr, die Versorgung der Bürger mit Gesundheitsdiensten, die Bereitstellung von Wohnraum und von Bildungseinrichtungen jeglicher Art sowie kulturellen Einrichtungen wie Theatern, Messen und Sporteinrichtungen“ (Bogumil et al. 2013, 265)

3.2.1 Exkurs – Kommunale Altenberichterstattung

In der Altenhilfe werden entsprechende Analysen unter Rückgriff auf die Instrumente der kommunalen Altenberichterstattung und -planung durchgeführt; diese sind jedoch nicht flächendeckend verbreitet und werden nicht einheitlich verwendet (Kuhlmann et al. 2012). Elementare Bestandteile einer modernen, kommunalen Altenberichterstattung sind die Beschreibung der demografischen und sozialstrukturellen Ausgangssituation, eine differenzierte Bestandsanalyse kommunaler Infrastrukturen (unter Berücksichtigung unterschiedlicher Versorgungsbereiche z. B. Bildung, Kultur, Gesundheit, Partizipation, bürgerschaftliches Engagement, Pflege, Wohnen, Lebensführung), eine Bedarfsanalyse (nach Möglichkeit unter Berücksichtigung partizipativer/dialogorientierter Verfahren, vgl. hierzu DV 2011) sowie die Ableitung von Handlungsempfehlungen (Kuhlmann et al. 2012). Von Bedeutung ist die Transparenz und regelmäßige Bereitstellung der Daten für alle relevanten Akteure (Bogumil et al. 2013).

Die Qualität für die in der Altenberichterstattung zugrunde liegenden Daten- und Informationsbasis variiert in der Regel entsprechend den kommunalen Möglichkeiten und Handlungsspielräumen; für die Berichterstattung und Analyse sind unterschiedliche Bezugsquellen geeignet, die nach dem Aufwand, der für ihre Beschaffung notwendig ist, unter anderem in kommunale Datenbestände, sekundäre Datenquellen oder eigene Datenerhebung der Kommune unterschieden werden (Bertelsmann 2011). Der Vorzug der Verwendung kommunaler Daten besteht darin, dass diese regelmäßig erhoben werden, direkt verfügbar sind und die lokale Situation sehr gut abbilden (ebd.). Für Städte ist die Betrachtung kleinräumiger, quartiersbezogener Daten sinnvoll, da Einrichtungen und Angebote der Altenhilfe und Altenpflege vor allem im unmittelbaren Setting wahrgenommen werden (Bogumil et al. 2013). Indikatoren, die im Rahmen der kommunalen Datenbestände nicht berücksichtigt werden, können sekundäranalytisch betrachtet (z. B. überregionale Vergleichsstudien, wissenschaftliche Berichte) oder über eigene Datenerhebungen ermittelt werden. Da Letztgenannte zeit- und kostenintensiv sind, bietet es sich an, zunächst vorhandene Datenbestände auszuschöpfen (Bertelsmann 2011). In ländlichen Räumen sollten zudem regionalübergreifende Daten einbezogen werden, um interkommunale Kooperationen und die Bündelung von Aufgaben zu fördern (Bogumil et al. 2013).

Grundsätzlich bietet die kommunale Altenberichterstattung auch einen bedeutsamen Ansatzpunkt zur Verwirklichung von Partizipations- und Beteiligungsprozessen für Einrichtungen, Dienste und Träger einerseits und (ältere) Bürger und Bürgerinnen andererseits (DV 2011). Außerdem erscheint es – nicht nur mit Blick auf diese Expertise – zukünftig bedeutsam, im Rahmen der kommunalen Altenberichterstattung und -planung nicht ausschließlich die Infrastrukturplanung, sondern auch Fragen des qualitativen und quantitativen Fachkräftebedarfs in den Blick zu nehmen (Kuhlmann et al. 2012; Büscher & Hopfeld 2011). Problematisch erweist sich dabei, dass sich die Bedarfserhebungen bislang in der Regel auf vorhandene Statistiken stützen (Kuhlmann et al. 2012), die die Situation der Sozial- und Gesundheitsberufe nur ausschnitthaft abbilden (vgl. dazu Kap. 7). Dementsprechend wäre eine Verbesserung der Datenerfassung in bestehenden Statistiken oder aber die Durchführung eigener kommunaler Erhebungen erforderlich. Letztgenanntes konfrontiert die Kommunen jedoch nicht nur mit Fragen der Finanzierbarkeit, sondern auch des methodischen Vorgehens. Eine Möglichkeit für die Durchführung eigener kommunaler Erhebungen wird in der



Bildung akteursübergreifender Arbeitsgruppen zur Ermittlung des Personal- und Qualifizierungsbedarfs auf kommunaler Ebene gesehen (NIW 2011). Angesichts der bislang unzureichenden Datenlagen zu den verschiedenen Qualifikationsstufen in der Altenhilfe und Altenpflege, sollen diese Gremien zu einer lokalen Fachkraft-Diskussion mit allen relevanten Akteuren (z. B. Anbieter von Gesundheits- und Pflegedienstleistungen, Verbände) anregen. Die Berücksichtigung der finanziellen Machbarkeit und somit der Einbezug von Kostenträgern ist hierbei unabdingbar. Die Förderung rechtlicher Grundlagen kann durch den Einbezug von oder die Organisation durch entsprechende Ministerien gesichert werden (ebd.). Auch eine landesbezogene Berichterstattung kann für die Analyse und Diskussion der kommunalen Situation herangezogen werden. Positive Erfahrungen bestehen diesbezüglich beispielsweise in Nordrhein-Westfalen; neben der regelmäßigen Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW wird hier ein „Ausbildungsplatzmonitor Altenpflege“ vorgehalten, der eine Basisabschätzung des Ausbildungsplatzbedarfes und eine kontinuierliche Beobachtung ermöglicht¹⁰.

24

Kommunale Erfahrungsberichte zur Durchführung einer differenzierten, beteiligungsorientierten kommunalen Altenberichterstattung verdeutlichen, dass diese voraussetzungsreich sind. Dabei ist einerseits zu beachten, dass die Analyse der Ausgangssituation nur ein – wenn auch bedeutsamer – Teilschritt innerhalb der Altenplanung ist, für die weitere Voraussetzungen vor Ort gegeben sein müssen (z. B. finanzielle, personelle und fachliche Ressourcen, politische Unterstützung/Befürwortung, verbindliche Verankerung innerhalb der kommunalen Seniorenpolitik) (Kuhlmann et al. 2012). Andererseits zeigt sich, dass die Erstellung entsprechender Analysen häufig unter Rückgriff auf eine externe, wissenschaftliche Begleitung erfolgt, was zumindest den Bedarf der Kommunen für eine „Grundqualifikation“ verdeutlicht (ebd.). Somit erscheint es durchaus bedeutsam, Kommunen auf dem Weg zur Weiterentwicklung von der „klassischen“ Pflegeplanung zu einer umfassenden Altenberichterstattung (im Sinne der „doppelten Orientierung und Ausrichtung“ von Altenpolitik und -arbeit, vgl. Kap. 3.2) zu unterstützen. Möglichkeiten der Qualifizierung und Begleitung werden in Baden-Württemberg bereits jetzt von Kommunen wahrgenommen; so unterstützt beispielsweise der KVJS verschiedene Kommunen bei der Erstellung einer umfassenden kommunalen Altenberichterstattung (u. a. Tübingen, Heidenheim und Konstanz), die beispielsweise einen partizipativen Ansatz aufweist.

An eine kleinräumige Sozialberichterstattung und -planung anknüpfend ist zudem eine nachhaltige Quartiersentwicklung zunehmend erforderlich, dies nicht zuletzt, weil der Wohnraum und die unmittelbare Wohnumgebung für die Lebensqualität älterer und insbesondere hochaltriger Menschen von Bedeutung sind (Barth & Olbermann 2012). Kennzeichnend für eine nachhaltige Quartiersentwicklung ist es, „gewachsene Zugehörigkeiten und Einzugsgebiete“ bei der Angebotsentwicklung zu berücksichtigen (z. B. Beratungs-, Freizeit-, Versorgungsangebote). Zu den Kernelementen der Quartiersentwicklung gehören (Barth & Olbermann 2012, 139): 1) Maßnahmen zur Entwicklung und Ermöglichung bedarfsgerechter Wohnformen; 2) Maßnahmen zur Anpassung und Verbesserung der baulichen und infrastrukturellen

¹⁰ Diesbezüglich ist auf folgende Projekte, die das IfG an der TU Dortmund bearbeitet hat, hinzuweisen: 1) Begleitung der Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW (in Kooperation mit dem Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen beziehungsweise jetzt IT.NRW) im Auftrag des Ministeriums für Generation, Familie, Frauen und Integration des Landes NRW (1999 bis 2007 jährlich); 2) Ausbildungsplatzmonitor Altenpflege - Basisabschätzung des Ausbildungsplatzbedarfes und Entwicklung eines kontinuierlichen Beobachtungsinstrumentes im Auftrag des Ministeriums für Generationen, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW (06/2005–09/2005).



Gegebenheiten, einschließlich erforderlicher Dienstleistungs- und Unterstützungsangebote und Pflegearrangements sowie Treffpunkten zur Pflege sozialer Kontakte; 3) Aufbau und Weiterentwicklung der Vernetzung lokaler Akteure sowie neuer Kooperationsformen und 4) Ermöglichung und Ausbau von Teilhabe und Mitwirkung (Partizipation). Der Kommune kommt dabei nicht nur deshalb Bedeutung zu, weil die Quartiersentwicklung einer entsprechenden politischen Befürwortung bedarf. Vielmehr ist es erforderlich, dass sich kommunale Vertreter aktiv in die Gestaltungsprozesse einbringen und beispielsweise in lokalen Gremien die Vernetzung und Kooperation lokaler Akteure initiieren und moderieren; für die Optimierung der Angebotsgestaltung ist ein Austausch – auch im Sinne der Gestaltung von gemeinsamen Lernprozessen – zwischen haupt- und ehrenamtlichen Akteuren zu berücksichtigen (Barth & Olbermann 2012).

3.3 Pflege als Teil der gesundheitlichen Versorgung in einer insgesamt alternden Gesellschaft

Die Einschätzung des akademischen Personalbedarfs in der (Alten-)Pflege hängt maßgeblich von der konkreten Bevölkerungsentwicklung ab, denn „der demografische Wandel verändert das Krankheitsspektrum der Bevölkerung nachhaltig“ und bereits jetzt sind ältere Menschen in den gesundheitlichen Versorgungsstrukturen überrepräsentiert (Naegele 2013, 255). Auch wenn Alter nicht per se mit Krankheit, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit gleichgesetzt werden kann, führt die steigende Anzahl von Personen im höheren und höchsten Lebensalter beziehungsweise der höhere Anteil dieser an der Gesamtbevölkerung zukünftig zu einer weiteren Erhöhung des Erkrankungs- und Pflegebedürftigkeitsrisikos (Naegele 2010b) und somit nicht nur zu einem entsprechenden Bedarf an Angeboten und Fachkräften, sondern auch zu einer Anpassung des Versorgungsbereichs „Gesundheit und Pflege“ an die Bedürfnisse einer insgesamt alternden Gesellschaft (Naegele 2013).

25

Eine wesentliche Problematik der bisherigen gesundheitlichen Versorgung besteht dabei in der überwiegenden Ausrichtung der Gesundheitssysteme auf Diagnose, Kuration und Medikalisierung (ebd.). Damit werden zwei wesentliche Entwicklungen verkannt. Zum einen gilt es, unter der Prämisse des „healthy ageing“¹¹ (ebd.) sozial gerecht verteilte Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention zu implementieren beziehungsweise eine präventive Ausrichtung des gesamten Gesundheitssystems zu erreichen. Dies sollte in erster Linie im Rahmen des kommunalen sozialen Daseinsvorsorgeauftrages erfolgen (ebd.; vgl. Kap. 3.1.2). Potenziale der Gesundheitsförderung und Prävention unter der Prämisse des „aktiven und gesunden Alters“ werden bislang noch nicht ausgeschöpft. Die Weiterentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung richtet sich deshalb insbesondere auf bislang nicht erreichte, vulnerable Zielgruppen Älterer (z. B. Ältere mit Migrationshintergrund, von sozialer Benachteiligung betroffene Ältere) (Urner 2012; Naegele 2013).

¹¹ Die Idee des „healthy ageing“ beschreibt die Fähigkeit, im Alter sozial engagiert und produktiv zu sein und sowohl kognitiv als auch körperlich selbstständig zu agieren; diese Fähigkeiten bergen immense Vorteile für die Gesellschaft (Future Age Group 2011; Naegele 2013) (vgl. dazu auch Kap. 3.1.2). In der Auseinandersetzung um Möglichkeiten und Strategien eines gesunden Alter(n)s, entwickelte die WHO das Konzept des „Active Ageing“ (Aktives Altern) (vgl. Kap. 3.2). Dies geht über das engere Verständnis eines „gesunden Alterns“ hinaus und umfasst einen „Prozess zur Optimierung der Chancen für mehr Gesundheit, Partizipation und Sicherheit, mit dem Ziel, die Lebensqualität alternder Menschen zu verbessern.“ (WHO 2002, 12).



Zum anderen bringt das hohe und sehr hohe Alter weitere entscheidende Herausforderungen für Beschäftigte in der Altenhilfe und Altenpflege mit sich. Mit der Alterung der Bevölkerung gehen epidemiologische Veränderungen einher, welche insbesondere durch die Zunahme von chronischen Erkrankungen und Ko- beziehungsweise Multimorbidität geprägt sind (Dörge 2009; von dem Knesebeck 2010; Kuhlmeier et al. 2011). Hiervon sind vor allem hochaltrige Menschen (80+) betroffen. Insgesamt leiden zwei Drittel der über 65-Jährigen unter mindestens zwei chronischen Krankheiten, die Anzahl nimmt mit steigendem Alter zu (Naegele 2013). Zusätzlich gehen mit dem demografischen Trend zur Hochaltrigkeit Risiken demenzieller Erkrankungen und (häufig daraus resultierender) Pflegebedürftigkeit einher (ebd.).

Veränderungsbedarfe für die Versorgung von Patienten mit chronisch-degenerativen Krankheiten, und hierunter besonders demenziellen Erkrankungen, wurden insbesondere im Kontext des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) deutlich, das seit Einführung im Jahr 1995 bereits mehrmals angepasst wurde (Deutscher Bundestag 2001; 2004; 2008a). Reformbestrebungen zielten unter anderem darauf, demenzspezifische Hilfebedarfe bei der konzeptionellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung stärker zu berücksichtigen (Blinkert & Klie 1999; MDK Bayern 2008). Veränderungen wurden beispielsweise durch die Einführung des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes im Jahr 2002 und das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz im Jahr 2008 angestrebt, durch die die Situation von Menschen mit erheblichen Einschränkungen bei der Alltagskompetenz (z. B. Menschen mit psychischen und gerontopsychiatrischen Erkrankungen) in Teilbereichen der häuslichen und wohnortnahen Versorgung generell verbessert werden sollte (MDK Bayern 2008; TNS Infratest Sozialforschung 2011).

26

Trotz der bereits vollzogenen Verbesserungen ist das weiterhin enge und verrichtungsbezogene Pflegeverständnis im SGB XI zu kritisieren. Zwar werden somatische Einschränkungen gut abgebildet, die besonderen Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarfe kognitiv beeinträchtigter Menschen bleiben jedoch immer noch weitgehend unberücksichtigt (Rothgang 2012). Dadurch kommt es nicht zuletzt zu einem leistungsrechtlichen Ausschluss vieler demenziell erkrankter Pflegebedürftiger (Naegele 2013). Folgerichtig werden die Möglichkeiten zur Unterstützung und Begleitung von Menschen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Betreuung – und darunter speziell demenziell Erkrankte – sowohl von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen als auch von ambulanten und stationären Leistungserbringern nach wie vor als zu gering bewertet (TNS Infratest Sozialforschung 2011).

Die im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes aktuell beschlossenen Änderungen sehen neben einer Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch eine Verpflichtung der Pflegekassen zu mehr Service und Beratung sowie die Möglichkeit einer flexibleren Inanspruchnahme von Leistungen speziell für demenziell Erkrankte vor¹². Eine Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der systematisch und umfassend alle pflegerrelevanten Belange berücksichtigt und auf die gesellschaftliche Teilhabe aller pflegebedürftigen Personen abzielt, könnte die Umsetzung (finanziell) aufwendiger Übergangs- und Sonderregelungen für bestimmte Personengruppen überflüssig machen. Obwohl diese Thematik bereits seit einigen Jahren politisch diskutiert wird, steht die dringend benötigte Erweiterung des Pflegebe-

¹² Neuregelungen im Jahr 2013 im Bereich Gesundheit und Pflege, online verfügbar unter (02/2013) <http://bmg.bund.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2012-04/neuregelungen-im-jahr-2013.html>



dürftigkeitsbegriffs bisweilen – und auch in der aktuellen Fassung der „Mini-Pflegerreform“ – aus (Rothgang 2012).

Medizinische Therapieeffekte im Sinne von Kuration oder Wiederherstellung von Gesundheit unterliegen bei dominierenden chronisch-degenerativen Erkrankungen deutlichen Begrenzungen (Kuhlmei 2008; Naegele 2013). Die auf eine alternde Population bezogene bedarfs- und zielgerechte Gesundheitspolitik muss also neben der medizinischen Behandlung den Einbezug von Funktionseinschränkungen, (beginnender) Hilfebedürftigkeit, Aufrechterhaltung der selbstständigen Lebensführung sowie Maßnahmen zur Förderung der sozialen Inklusion beinhalten (ebd.). Dementsprechend kommt der (pflegerischen) Langzeitversorgung gegenüber der Akutversorgung tendenziell mehr Bedeutung zu; dies geht – insbesondere in der ambulanten Langzeitversorgung – einerseits mit größeren Wahlmöglichkeiten einher; andererseits besteht hier auch die Notwendigkeit zur Gestaltung tragfähiger ambulanter Versorgungsarrangements (Hämel & Schaeffer 2012). Diesbezüglich ist zukünftig ein höherer Bedarf an professioneller Pflege und der Einsatz entsprechender Fachkräfte zu erwarten, weil sich zum einen zukünftig die Anzahl der (potenziell) informell pflegenden Angehörigen verringern wird; zum anderen begünstigen weitreichende sozial-ökonomische und kulturelle Veränderungen (z. B. zunehmende Frauenerwerbstätigkeit, Mobilitätsanforderungen; innerfamiliäre Präferenzen für den Einbezug professioneller Hilfen) einen höheren Bedarf (ebd.). Durch die Ambulantisierung (Sieger 2002; Bögemann-Großheim 2004) und die zunehmende Erbringung von sozialen und (vor-)pflegerischen Dienstleistungen in der Häuslichkeit, steigt der Bedarf an Beratung und Koordination von Angeboten für hilfs- und pflegebedürftige Menschen und an Begleitung ihrer Angehörigen sowie informeller Helfer (Neumann 2012). Dabei stehen der Erhalt beziehungsweise die Optimierung des individuellen sozialen Unterstützungsnetzwerks – auch unter stärkerem Einbezug professioneller Pflege und Begleitung – vor allem mit Blick auf erwerbstätige pflegende Angehörige, im Vordergrund (Bögemann-Großheim 2004; Hämel & Schaeffer 2012).

27

Insgesamt gelten als bedeutende Ziele der gesundheitlichen Versorgung für eine alternde Bevölkerung „Erhalt und Förderung von subjektiver Gesundheit und Lebensqualität im Alter – trotz objektiv vorhandener Einschränkungen und Krankheiten – sowie die Unterstützung des speziell im hohen Alter dominanten Wunsches nach Verbleib und Versorgung in der gewohnten häuslichen Umgebung selbst bei eingetretener Hilfe- und Pflegebedürftigkeit“ (Naegele 2013, 251). Zudem fördern Ökonomisierungsprozesse und kürzere Verweildauern in Krankenhäusern eine Verlagerung medizinisch-pflegerischer Leistungen in den ambulanten Sektor. Durch diesen „Trend“ zur Ambulantisierung ist die Etablierung und Weiterentwicklung von Versorgungslösungen von hoher Bedeutung (DV 2009). Neben einem verstärkten Einsatz technischer Unterstützungssysteme (Naegele 2013; Urner 2012), erscheinen in diesem Zusammenhang auch der Aufbau integrierter und ganzheitlicher Versorgungssysteme notwendig (Walkenhorst 2006; Erhard et al. 2011; Naegele 2013).

„Sektorenübergreifende Kooperation im Gesundheitswesen im Sinne einer *integrierten Versorgung* gilt heute als die für ältere, insbesondere aber hochaltrige/geriatriische Patienten fachlich angemessene Antwort auf ganzheitliche gesundheitliche Versorgungserfordernisse, die zugleich gewichtige Potenziale der Effizienzsteigerung und damit Kostenreduktion (z. B. Vermeidung von Mehrfachdiagnosen und unerwünschter Folgekosten von Polypharmazie) enthalten. Darunter versteht man die auf den Einzelfall beziehungsweise ein bestimmtes



soziales Problem bezogene professions-, das heißt berufsgruppen- und organisationsübergreifende Zusammenarbeit der jeweils beteiligten Dienste, Institutionen und Akteure. Es geht darum, in koordinierender Weise auf multiple gesundheitliche Versorgungs- und soziale Dienstleistungsbedarfe zu reagieren und somit Versorgungskontinuität jenseits institutioneller und unterschiedlich `verrechtlichter` Zuständigkeiten zu sichern“ (Naegele 2013, 252, Hervorh. i. O.). Das bisherige, auf Akutversorgung ausgerichtete, Gesundheitssystem kann dies kaum leisten; multiprofessionelle Leitlinien und Standards zur Versorgung geriatrische Krankheitsbilder liegen in Deutschland bisher kaum vor (ebd.; Urner 2012).

Die Umsetzung der Ansprüche auf integrierte Versorgung und Beratung bei geriatrischen Krankheitsbildern greift bisher zu kurz. Zwar ist die Möglichkeit integrierter Versorgung im Rahmen des SGB V vorgesehen, hier fehlt jedoch ein systematischer Einbezug des Pflege-sektors. Im SGB XI wurde durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ein Rechtsanspruch auf integrierte Versorgung sowie eine umfassende, individuelle und unabhängige Pflegeberatung verankert. Diese kann beispielsweise in den integrierten Strukturen von Pflegestützpunkten durchgeführt werden (Naegele 2013). Ein flächendeckender Ausbau von Pflegestützpunkten steht jedoch aus und vielen Pflegebedürftigen und/oder Angehörigen ist der Anspruch auf Beratung noch nicht bekannt, so dass die Nutzung dieser Strukturen mit elf Prozent bislang gering ausfällt (TNS Infratest Sozialforschung 2011).

28

Wegweisend sind in diesem Zusammenhang unter anderem Konzepte zur integrierten Versorgung für spezielle altersbedingte Krankheitsbilder, die insbesondere in ländlichen Räumen realisiert werden (für eine Übersicht zu Best-Practice-Beispielen vgl. Urner 2012). In den meisten dieser Konzepte gelten die Hausärzte als Anlaufstelle für die fachlich angemessene medizinische Primärversorgung. Sie wirken gleichsam als „gate-keeper“ oder Lotsen, die die Patienten abhängig vom individuellen Bedarf an die entsprechenden Gesundheitspartner überweisen (ebd., Naegele 2013). In diesem Zusammenhang schreibt der SVR (2007) insbesondere so genannten „multiprofessionellen ambulanten Teams“ zukünftig Bedeutung zu. Kennzeichnend dafür ist der Einbezug unterschiedlicher Berufsgruppen, „die für die wohnortnahe Versorgung ‚in der Fläche‘ notwendig sind. Häufig sind sie um einen Hausarzt gruppiert.“ (SVR 2007, 80, Zf. 201) Dem Hausarzt kommt koordinierende Funktion zu; im Sinne der „vorausschauenden Konsultationen in der Hausarztpraxis“ (Wagner 2000, zit. n. SVR 2007, 81 Zf. 202) werden je nach Bedarf weitere Berufsgruppen (z. B. Diätberater, Apotheker, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, medizinische Fachangestellte, Pflegekräfte) sowie die Selbsthilfe, die für die Gewährleistung der ambulanten Versorgung notwendig sind, systematisch einbezogen. Beispielhaft ist in diesem Zusammenhang die Einrichtung medizinischer Versorgungszentren zu nennen, in denen neben Ärztehäusern auch Leistungserbringer weiterer Disziplinen angesiedelt sind. Insbesondere für ländliche Räume bietet sich beispielsweise die Bündelung von Einrichtungen und Serviceangeboten an, die gleichfalls Möglichkeiten zur Kommunikation und sozialen Integration darstellen. In diese „Zentralen Orte“ können auch Gesundheitszentren integriert werden, die wiederum unterschiedliche Leistungen der Gesundheitsversorgung zusammenführen (Urner 2012)¹³.

¹³ Zu den Möglichkeiten und Grenzen des „Zentrale-Orte-Modells“ sowie weiterer Anpassungsoptionen für die gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum vgl. Urner 2012 und Hahne 2009.



Andere Konzepte beinhalten die Einführung neuer Berufsbilder, hier geht es insbesondere um „Tätigkeiten, die versuchen den medizinischen Aufwand der Gesundheitsleistungen zu strukturieren oder organisieren“ (Urner 2012, 53). Dazu gehören Case Manager oder Schnittstellenkoordinatoren, welche ebenfalls in einer Lotsenfunktion die Übergänge zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen koordinieren, Lücken schließen, Doppelstrukturen vermeiden und detaillierte, individuelle Versorgungspläne erstellen. Die Formulierung klarer beruflicher Tätigkeiten sowie eines Curriculums stehen noch aus.

Aus Sicht von Berufsverbänden ist für die Verbesserung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe auch eine neue Aufgaben- und Kompetenzverteilung erforderlich (SVR 2007, 68 Zf. 142); in diesem Zusammenhang werden auch Neuordnungen bislang arztzentrierter Befugnisse wie zum Beispiel die ärztliche Verordnung betrachtet und von verschiedenen Berufsverbänden kontrovers diskutiert.

Für eine Verbesserung der ambulanten Versorgung werden verschiedene Modelle vorgeschlagen, die unter anderem auch der Pflege mehr Verantwortung zuschreiben (z. B. im Sinne internationaler Modelle des advanced nursing practice). Neben der eigenständigen und eigenverantwortlichen Umsetzung des Pflegeprozesses (inkl. Bedarfseinschätzung, Durchführung und Evaluation) wäre dabei auch die Übertragung der „Verordnungsfähigkeit für Pflegebedarfsartikel“ (SVR 2007, 98 Zf. 262) auf die Pflegeprofession einzubeziehen. Vor dem Hintergrund zu erwartender regionaler Verteilungsprobleme (Wissenschaftsrat 2012) sowie von zunehmendem Ärztemangel kann Letztgenanntes dazu beitragen, die Versorgung im ländlichen Raum ebenso wie die stationäre Langzeitpflege reibungsloser zu gestalten (SVR 2007, 98 Zf. 262).

29

Internationale Modelle wie „Community Medicine Nurse“ (van den Berg et al. 2007) oder „Community Health Nursing“ (Horstkötter, Trompetter & Dröge 2008) wurden in den letzten Jahren insbesondere zur Verbesserung der Versorgung im ländlichen Raum auch in Deutschland erprobt und umgesetzt. Zu nennen sind beispielhaft Modelle¹⁴ wie AGnES, VERAH, EVA, MoNi, MoPras sowie die Gemeindepflege¹⁵. Diese Modelle beziehen sich inhaltlich auf das Konzept der Community-Medicine-Nurses, die in erster Linie auf eine Entlastung der Hausärzte durch die Delegation/Substitution hausärztlicher Aufgaben an entsprechend weitergebildete (Pflege-)Fachkräfte gerichtet sind. Die Aufgaben der „Community-Medicine-Nurse“ überschneiden sich zunehmend mit den Tätigkeitsbereichen häuslicher Pflegedienste (Urner 2012). Hieraus ergibt sich zum einen ein weiterer Klärungs- und Abstimmungsbedarf von Aufgabenbereichen. Zum anderen wird deutlich, dass sich in einer alternden Gesellschaft die Sektoren der gesundheitlichen/medizinischen Versorgung einerseits und der pflegerischen Versorgung andererseits zunehmend vermischen. Daraus resultiert nicht nur der verstärkte Druck, die Einrichtung gut aufeinander abgestimmter integrierter Versorgungsstrukturen zu fokussieren. Vor allem entsteht auch die Notwendigkeit einer Diskussion über die für die zunehmend voraussetzungsvoller werdenden Aufgaben benötigten Qualifikationen (Naegele 2013).

¹⁴ Eine ausführlichere Darstellung der Modelle ist in Walter et al. (2013) enthalten.

¹⁵ Detaillierte Informationen zu den Aufgaben dieser neuen Berufsgruppen, ihrer Ausbildung und Einschränkungen vgl. Urner (2012).



Während die Rollen der Community-Medicine-Nurses bisher von weitergebildeten medizinischen Fachangestellten oder Pflegefachkräften ausgefüllt werden (Urner 2012), begründet der Wissenschaftsrat (2012) erstmals explizit einen Bedarf an hochschulischer Ausbildung, Forschung und Karriereentwicklung für die Gesundheitsfachberufe der patientennahen Versorgung. Notwendige Veränderungen werden mit Bezug auf demografische, epidemiologische und medizinisch-technische Entwicklungen und einer daraus resultierenden Zunahme der Komplexität der Aufgaben in der gesundheitlichen Versorgung begründet. Erforderlich sei es deshalb, dass „künftig auch ein Teil der Angehörigen der Gesundheitsfachberufe in die Lage versetzt wird, ihr eigenes pflegerisches, therapeutisches oder geburtshelferisches Handeln auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnis zu reflektieren, die zur Verfügung stehenden Versorgungsmöglichkeiten hinsichtlich ihrer Evidenzbasierung kritisch zu prüfen und das eigene Handeln entsprechend anzupassen. Die gewachsene Komplexität erfordert vermehrt so genannte *reflective practitioners*.“ (Wissenschaftsrat 2012, 78; Hervorh. i. O.).

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, sei eine Anpassung der beruflichen Ausbildungsstrukturen jedoch nicht ausreichend, sondern vielmehr eine hochschulische Vermittlung entsprechender Qualifikationen erforderlich: „Vor dem Hintergrund einer in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung zu beobachtenden **Komplexitätszunahme**, einer sich verändernden **Arbeitsteilung** und der zunehmenden Bedeutung **interprofessioneller Zusammenarbeit** hält es der Wissenschaftsrat für geboten, die mit besonders komplexen und verantwortungsvollen Aufgaben betrauten Angehörigen der Gesundheitsfachberufe zukünftig bevorzugt an Hochschulen auszubilden.“ (Wissenschaftsrat 2012, 80; Hervorh. i. O.). Dementsprechend wird ein Ausbau einschlägiger Hochschulangebote für ausgewählte Gesundheitsberufe¹⁶ vorgeschlagen, wobei „die **Bildung eigenständiger wissenschaftlicher Disziplinen (...)** **Forschung** sowie die Schaffung **wissenschaftlicher Karrierewege**“ (Wissenschaftsrat 2012, 79; Hervorh. i. O.) angestrebt werden soll. Mit Blick auf die Verbesserung der Kooperation der Gesundheitsberufe spricht sich der Wissenschaftsrat zudem für eine Koordination der hochschulischen Ausbildung der Gesundheitsberufe und ebenso für einen interprofessionellen Zuschnitt der Ausbildung aus (ebd.).

30

3.4 Zusammenfassung

Mit der Neukonzeptualisierung von Altenhilfe und der Verortung von (Alten-)Pflege als Teil der gesundheitlichen Versorgung einer insgesamt alternden Gesellschaft wird für die vorliegende Expertise ein breit gefächertes Untersuchungsfeld gespannt. Kennzeichnend für beide Bereiche ist, dass diese unter den Einflüssen demografischer, sozialer und gesellschaftlicher sowie epidemiologischer Veränderungen und einer zunehmend heterogenen Lebensphase Alter einem kontinuierlichen Wandel unterliegen und sich inhaltlich zunehmend ausdifferenzieren haben.

Im Sinne der „doppelten Orientierung“ einer modernen kommunalen Altenpolitik und -arbeit richtet sich die Aufmerksamkeit auf „alte“ und „neue“ Themen- und Handlungsfelder und auf die Gestaltung von Diensten und Einrichtungen für eine zunehmend heterogene Zielgruppe „Älterer“. Die Steuerung und Gestaltung von Umstrukturierungsprozessen erfordern differenzierte Analyse-, Planungs- und Monitoringsysteme und die Beteiligung lokaler Akteure und

¹⁶ Die Empfehlungen des Wissenschaftsrates konzentrieren sich auf die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Logopädinnen und Logopäden sowie Hebammen und Entbindungspfleger (Wissenschaftsrat 2012).



älterer Bürger. Grundsätzlich kann in diesem Zusammenhang eine kommunale Demografiepolitik, die bislang noch nicht abschließend konzeptualisiert ist, eine politikfeldübergreifende Auseinandersetzung mit demografischen Entwicklungen auf lokaler Ebene eröffnen. Neben Fragen der institutionellen Verankerung eines kommunalen „Demografiemanagements“ ist zukünftig, insbesondere das Verhältnis und die Gewichtung, der zu beteiligenden Politikbereiche zu klären. Aus gerontologischer Sicht ist es dabei bedeutsam, seniorenpolitische Schwerpunktthemen weiterhin im Blick zu behalten.

Demografische und epidemiologische Veränderungen bedingen auch eine Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung in einer alternden Gesellschaft. Bedeutsam für Umstrukturierungen in diesem bislang kurativ ausgerichteten Versorgungssegment sind einerseits die stärkere Gewichtung von Gesundheitsförderung und Prävention im Lebensverlauf – und somit auch im Alter – und hier insbesondere für vulnerable Gruppen Älterer (z. B. ältere Menschen mit Migrationshintergrund, von sozialer Benachteiligung betroffene Ältere). Andererseits erweist sich eine kurative Ausrichtung auch für die insbesondere in der Gruppe der Hochaltrigen dominierenden chronisch-degenerativen Erkrankungen als wenig angemessen; hier ist vielmehr eine bedarfs- und bedürfnisorientierte Gestaltung und kontinuierliche Anpassung von Langzeit-Versorgungsarrangements, bevorzugt im ambulanten Setting, erforderlich. Für Letztgenanntes sind neben technischen Unterstützungssystemen insbesondere integrierte und ganzheitliche Versorgungssysteme, inklusive Beratung Älterer und ihrer Angehörigen sowie Unterstützung und Steuerung bei der Organisation und Koordination von Hilfen, von Bedeutung.

31

Inhaltlich-konzeptionelle und organisatorisch-strukturelle Veränderungen in der kommunalen Altenarbeit und -politik und in der pflegerisch-gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen gehen mit einer allgemein festzustellenden Komplexitätszunahme in der professionellen Erbringung sozialer und pflegerischer Dienstleistungen für Ältere sowie einer zunehmend erforderlichen professionsübergreifenden Zusammenarbeit einher. Dass derart voraussetzungsvolle Aufgaben auch akademische Qualifikationen erfordern, ist zwar nicht unumstritten, findet aber größtenteils – wenn auch eher verhalten – Zustimmung. Während sich beispielsweise eine akademische Ausbildung für die Soziale Arbeit bereits seit den 1960er Jahren etablierte, die sich jedoch immer wieder mit Deprofessionalisierungsbestrebungen konfrontiert sieht, wird nunmehr gegenwärtig auch für die Gesundheitsberufe zumindest die Notwendigkeit einer (Teil-)Akademisierung postuliert.



4 Nicht-medizinische akademische Fachkräfte in der Altenhilfe und Altenpflege – Einordnung und aktuelle Befunde

Anknüpfend an die vorherigen Ausführungen soll im Folgenden zunächst das für die Bereiche der Altenhilfe und Altenpflege bedeutsame Beschäftigungsfeld der Sozialen Dienste für ältere Menschen und die gegenwärtige Bedarfsentwicklung skizziert werden. Daran anschließend werden – nach einer Einordnung der Berufsgruppen – die dort tätigen Beschäftigten näher betrachtet und Einflüsse demografischer und struktureller Veränderungen auf Arbeitsfeld und Arbeitswelt beschrieben. Als bedeutsame hochschulbezogene Entwicklungen werden in diesem Kontext die Gerontologisierung der Sozialen Arbeit sowie die Akademisierung der Gesundheitsberufe angesehen, die im Überblick dargestellt werden. Nach einer Darstellung der Einschätzung gegenwärtiger Qualifikationen und zukünftiger Qualifikationsanforderungen für nicht-medizinische akademische Fachkräfte in Baden-Württemberg aus Expertensicht, schließt das Kapitel mit einer auf der Grundlage der Literaturanalyse und der Ergebnisse der Expertenbefragung vorgenommenen Ableitung zukünftiger Qualifikationsanforderungen für nicht-medizinische akademische Fachkräfte in der Altenhilfe und Altenpflege.

4.1 Soziale Dienste für ältere Menschen – Bestand und Bedarf

Die Angebote in den zuvor beschriebenen Handlungsfeldern der Altenhilfe und Altenpflege werden aus sozialwissenschaftlicher und -politischer Sicht den sozialen Diensten/Dienstleistungen zugeordnet und stellen eines der bedeutsamsten Beschäftigungsfelder für nicht-medizinische akademische Fachkräfte dar. Soziale Dienste nehmen im Kontext sozialpolitischer Maßnahmen insbesondere für ältere Menschen einen besonderen Stellenwert ein und sind wie folgt zu charakterisieren (Naegele 2011, 404ff):

- Reaktion auf spezifische immaterielle Hilfs- und Bedarfssituationen im Kontext sozialer Risiken und Probleme;
- Personenbezogene Dienstleistungen mit dem Ziel der Hilfe und Unterstützung zum Beispiel Beratung, Behandlung, Betreuung, Pflege, Vermittlung, Case Management;
- Vielfalt der Trägerschaft professioneller Dienste (Wohlfahrtsverbände, freigemeinnützige Träger, Kommunen, kirchliche und privat-gewerbliche Anbieter, Sozialversicherungsträger);
- Professionalität: entgeltliche Leistungserbringung durch Angehörige Sozialer Berufe, häufig ergänzt durch den Einbezug ehrenamtlich Tätiger und der Selbsthilfe;
- „uno-actu-Prinzip“ (Gleichzeitigkeit von Produktion und Konsumtion der Dienstleistung) und „Ko-Produktion“ (Beteiligung/Mitwirkung der Adressaten an der Erbringung der Dienstleistung);
- Erfahrungs- und Vertrauensgüter (Qualitätsbeurteilung kann erst nach der Erbringung und Inanspruchnahme der Leistung erfolgen und ist – aufgrund fehlender Sachkenntnis oder eingeschränkter Handlungs-/Entscheidungsfähigkeit der Adressaten nur begrenzt möglich; infolge dessen ergeben sich Mängel und besondere Anforderungen an Qualitätssicherung und Verbraucherschutz);
- in der Regel kostenfreie Bereitstellung der nicht marktfähigen Leistungen (Refinanzierung über Sozialversicherungsbeiträge, Steuern oder andere Finanzmittel);
- Orientierung des tatsächlichen Leistungsspektrums an den zur Verfügung stehenden Refinanzierungsmöglichkeiten;

- Versorgungslücken und -ungleichheiten aufgrund der geringen und fragmentierten Verrechtlichung alterstypischer Dienstleistungsbedarfe.

Kennzeichnend ist, dass die Erbringung sozialer Dienstleistungen für ältere Menschen eine höchst anspruchsvolle Aufgabe ist, die eine entsprechende Qualifizierung der professionell Tätigen erfordert. So ergeben sich beispielsweise aus der für soziale Dienstleistungen typischen „Ko-Produktion“ insbesondere bei älteren Adressaten, unter anderem aufgrund von Einschränkungen der Kommunikation/Interaktion sowie infolge ihrer subjektiven Problemerkennungs- und Wahrnehmungsmöglichkeiten, fehlender Einsicht und Nicht-Anerkennung von Problemen, besondere Herausforderungen und Anforderungen an fachliche, kommunikative und interaktive Kompetenzen (Naegele 2011).

Bedarfe und Anforderungen an die konzeptionelle Ausgestaltung sozialer Dienstleistungen für Ältere variieren zudem mit dem Lebensalter und der jeweiligen Lebenslage der Adressaten; mit anderen Worten: in Abhängigkeit vom jeweiligen Lebensalter und der Lebenslage der älteren Zielgruppe sind unterschiedliche Ressourcen Älterer, aber auch spezifische „altersgebundene soziale Risiko- und Problempotenziale“ für die Gestaltung sozialer Dienste zu berücksichtigen (Naegele 2011, 411). Wird die zuvor beschriebene „doppelte Orientierung“ im Rahmen der Neukonzeptualisierung kommunaler Altenhilfe angestrebt, gehen damit auch entsprechende Implikationen für die Organisation und konzeptionelle Gestaltung sozialer Dienste einher: „Die sozialen Dienste für Ältere, die primär auf örtlicher Ebene zuständig sind für die Umsetzung der neuen ‚sozialen Politik für das Alter‘, müssen künftig eine ‚Doppelstrategie‘ praktizieren: Einerseits den unter anderem über neue Altersleitbilder („active ageing“) beförderten Paradigmenwechsel durch thematisch-inhaltliche Perspektiven-, Zielgruppenerweiterung und neue Handlungskonzepte entsprechend ausgestalten; andererseits die traditionelle ‚Risiko- und Problemorientierung‘ in der sozialen Daseinsvorsorge für ältere Menschen entsprechend veränderter Bedarfslagen und Rahmenbedingungen insbesondere im Bereich der sozial-pflegerischen Infrastruktur neu akzentuieren.“ (Naegele 2011, 415f, Herv. i. O.)

4.1.1 Beschäftigte und relevante Berufsgruppen

Mit der Erbringung sozialer und pflegerischer Dienstleistungen sind üblicherweise Angehörige der „Sozialen Berufe“ befasst. Soziale Berufe haben eine langjährige Tradition und sind dadurch gekennzeichnet, dass darunter verschiedene Berufsgruppen zusammengefasst werden, die bei verschiedenen Anstellungsträgern (z. B. staatliche, kommunale, private, freigemeinnützige Träger) oder freiberuflich tätig sind (Reinicke 2007). Kennzeichnend für „Soziale Berufe“ ist, dass diese nicht eindeutig definiert sind (Boeßenecker 2008; Buttner 2012). Zur Begriffsklärung „Sozialer Berufe“ trägt weder eine berufssystematische noch eine rechtliche Abgrenzung bei (Buttner 2012; für die Gesundheitsberufe Igl 2010). Auch die Klassifikation der Berufe der Bundesagentur für Arbeit bietet keinen Ansatzpunkt für eine einheitliche Betrachtung „Sozialer Berufe“, da diese über mehrere Bereiche verteilt aufgeführt werden (u. a. Berufsbereich acht „Gesundheit, Soziales, Lehre und Erziehung“) und die Übergänge fließend sind (Buttner 2012).



Buttner (2012) schlägt für „Soziale Berufe“ deshalb folgende Eingrenzungen vor:

- Das engere Begriffsverständnis („Kernverständnis“) sozialer Berufe umfasst in Bezug auf die akademischen Qualifikationen nur den Bereich der Sozialarbeit/-pädagogik (Soziale Arbeit mit Fachhochschul- und Universitätsabschluss).
- Das erweiterte und üblicherweise verwendete Begriffsverständnis bezieht Heilpädagogen und spezialisierte Pädagogikfelder (ohne Lehrkräfte) ein, berücksichtigt aber auch die (nicht somatische ausgerichtete) Altenpflege.
- Das weiteste Begriffsverständnis beinhaltet auch die Pflege- und Gesundheitsberufe¹⁷ und Berufe aus den Bereichen Seelsorge, Beratung und Bildung.

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal zwischen „Sozialen Berufen“ und „Gesundheitsberufen“ besteht zudem in der jeweiligen gesetzgeberischen Zuständigkeit. Gesundheitsberufe können entsprechend ihrer Ausbildungsregelungen (mit/ohne staatliche Regelung) in ärztliche und nicht-ärztliche Heilberufe unterschieden werden (Igl 2010). Die hier interessierenden nicht-ärztlichen Heilberufe unterliegen bundesrechtlicher Regelung (Art. 74 Abs. GG) (Buttner 2012; Igl 2010). Zu den nicht-ärztlichen Heilberufen zählen, unter anderem, psychologische Psychotherapeuten, Pflegeberufe (Kranken-, Altenpflege), Physio-, Ergotherapeuten und Logopäden (Igl 2010). Für Soziale Berufe im engeren Begriffsverständnis (wie z. B. Heilpädagogik, Sozialarbeit und -pädagogik) liegen im jeweiligen Landesrecht Regelungen vor (Buttner 2012).

34

Auch wenn aktuelle Studien einen ernsthafte Fachkräftemangel ausweisen (Afentakis & Maier 2010; Ostwald et al. 2010), ist grundsätzlich davon auszugehen, dass das demografische Altern als „Beschäftigungsmotor“ bei sozialen Diensten anzusehen ist (Naegele 2011). Betrachtet man die quantitative Entwicklung der sozialpflegerischen und Gesundheitsberufe, kann sowohl bundesweit als auch für Baden-Württemberg ein Zuwachs festgestellt werden (vgl. Tab. 1 und 2). So zeigt sich für die Berufsgruppen 85 „übrige Gesundheitsberufe“ und die Berufsgruppen 86 „sozialpflegerische Berufe“ im Zeitraum von 2000 bis 2010 sowohl bundesweit und in Baden-Württemberg eine deutliche Zunahme der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten; diese fällt bei den Beschäftigten in den sozialpflegerischen Berufen jedoch höher aus als bei den Gesundheitsberufen. Einschränkend ist dabei jedoch zu berücksichtigen, dass in den letzten Jahren insbesondere in der Pflege eine zunehmende Arbeitszeitverkürzung und ein überproportionaler Anstieg der Teilzeitquote zu verzeichnen war, was die allgemeine Wahrnehmung von Pflege als „Wachstumsbranche“ relativiert (Simon 2012; vgl. folgende Ausführungen in Kap. 4.1.2). Kennzeichnend für beide Berufsgruppen ist der hohe Frauenanteil (> 80 %)¹⁸.

Deutliche Unterschiede zwischen den Berufsgruppen bestehen jedoch erwartungsgemäß bei der hochschulischen Qualifikation: so verfügen in den Gesundheitsberufen weniger als ein Prozent der Beschäftigten über einen Universitätsabschluss. Auch die Fachhochschulabschlüsse fallen auf Bundes- und Landesebene bislang kaum ins Gewicht. Bei den sozialpfle-

¹⁷ Es liegt keine einheitliche Definition für die verschiedenen Berufe in der gesundheitlichen Versorgung vor; ebenso werden diese nicht immer einheitlich und trennscharf von sozialen oder erzieherischen Berufen unterschieden (SVR 2007). Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen verwendet vorzugsweise den Begriff „Gesundheitsberufe“ und versteht darunter „Berufe innerhalb des Versorgungssystems, deren Tätigkeitssinhalte unmittelbar darauf abzielen, Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen zu diagnostizieren, zu heilen, zu lindern oder zu verhüten.“ (SVR 2007, 42).

¹⁸ Beschäftigtenstatistik der BA – Berufe im Spiegel der Statistik 2012, online verfügbar unter (08/2012) <http://bisds.infosys.iab.de/bisds/result?region=19&beruf=BG86&qualifikation=2>



gerischen Berufen liegt der Anteil der Beschäftigten mit Fachhochschulabschluss bundesweit und in Baden- Württemberg bei rund zehn Prozent. Der Anteil der Universitätsabschlüsse ist auf Bundes- und Landesebene leicht angestiegen, fällt jedoch 2010 insgesamt mit 5,2 Prozent auf Bundesebene und knapp vier Prozent in Baden-Württemberg gering aus.

Tabelle 1: Beschäftigte „übrige Gesundheitsberufe“

| Jahre | Gesamtes Bundesgebiet | | Baden-Württemberg | |
|---|-----------------------|-----------|-------------------|---------|
| | 2000 | 2010 | 2000 | 2010 |
| Beschäftigtenanzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigte Übrige Gesundheitsberufe (Anzahl) | 1.469.703 | 1.777.613 | 180.155 | 218.216 |
| Frauenanteil | 88,7 | 88,1 | 88,7 | 89,0 |
| Abschlüsse mit Fachhochschulabschluss | 0,7 | 1,1 | 0,5 | 0,9 |
| mit Universitätsabschluss | 0,6 | 0,7 | 0,7 | 0,7 |
| Branchenstruktur Dienstleistungssektor darunter: Gesundheits-, Sozialwesen | 92,5 | 91,5 | 92,7 | 91,3 |

Quelle: Beschäftigtenstatistik der BA, Berufe im Spiegel der Statistik¹⁹

Tabelle 2: Beschäftigte „sozialpflegerische Berufe“

35

| Jahre | Gesamtes Bundesgebiet | | Baden-Württemberg | |
|--|-----------------------|-----------|-------------------|---------|
| | 2000 | 2010 | 2000 | 2010 |
| Beschäftigtenanzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigte Sozialpflegerische Berufe (Anzahl) | 882.189 | 1.302.312 | 99.145 | 155.428 |
| Frauenanteil | 83,9 | 83,7 | 82,6 | 83,7 |
| Abschlüsse mit Fachhochschulabschluss | 9,8 | 9,7 | 10,4 | 9,3 |
| mit Universitätsabschluss | 4,2 | 5,2 | 3,4 | 3,9 |
| Branchenstruktur Dienstleistungssektor darunter: Gesundheits-, Sozialwesen | 51,9 | 55,8 | 47,7 | 51,0 |

Quelle: Beschäftigtenstatistik der BA, Berufe im Spiegel der Statistik²⁰

Die Beschäftigten der Gesundheitsberufe sind zu über 90 Prozent im Gesundheits-/ Sozialwesen tätig; auch die Hälfte der Beschäftigten in den sozial-pflegerischen Berufe sind diesem Dienstleistungsbereich zugeordnet, wobei für das Bundesgebiet und Baden-Württemberg zwischen 2000 und 2010 ein leichter Anstieg zu verzeichnen war (ebd.). Auch wenn bei Erbringung sozialer Dienstleistungen eine Professionalisierung erkennbar ist und

¹⁹ Angaben Baden-Württemberg, online verfügbar unter (12/2012): Berufsgruppe 85 Übrige Gesundheitsberufe (Berufsordnungen 851 - 857) <http://bisds.infosys.iab.de/bisds/result?region=8&beruf=BG85&qualifikation=2>

Angaben gesamtes Bundesgebiet, online verfügbar unter (12/2012): Berufsgruppe 85 Übrige Gesundheitsberufe (Berufsordnungen 851 - 857) <http://bisds.infosys.iab.de/bisds/result?region=19&beruf=BG85&qualifikation=2>

²⁰ Angaben Baden-Württemberg online verfügbar unter (12/2012): Berufsgruppe 86 Sozialpflegerische Berufe (Berufsordnungen 861 - 864) <http://bisds.infosys.iab.de/bisds/result?region=8&beruf=BG86&qualifikation=2>

Angaben gesamtes Bundesgebiet, online verfügbar unter (12/2012): Berufsgruppe 86 Sozialpflegerische Berufe (Berufsordnungen 861 - 864) <http://bisds.infosys.iab.de/bisds/result?region=19&beruf=BG86&qualifikation=2>



die Beschäftigten tendenziell zunehmend eine fachspezifische Berufs- oder (Fach-)Hochschulausbildung aufweisen, wird in der arbeitsmarktpolitischen Diskussion immer wieder darauf rekurriert, dass soziale Dienstleistungen eine vergleichsweise „voraussetzungslose Arbeit“ sei, die auch von gering oder unqualifiziertem Personal ausgeführt werden könnten (Bäcker et al. 2010, 519). Dementsprechend birgt die Gestaltung des Zusammenspiels unterschiedlicher Beschäftigter, zum Beispiel im Rahmen des neuen „Professionsmixes“ und einer qualifikationsbezogenen Aufgabenteilung (vgl. Kap. 4.2.2) aus Sicht der Professionen und Berufsverbände, durchaus Ambivalenzen und Herausforderungen. Während für die Gesundheitsberufe teilweise differenzierte Angaben zu Beschäftigtenzahlen und Qualifikationen, beispielsweise anhand der Pflegestatistik oder der Gesundheitspersonalrechnung, verfügbar sind, fehlen für Fachkräfte Sozialer Arbeit mit Hochschulabschluss, die in der sozialen Altenhilfe tätig sind, entsprechende Angaben jedoch weitgehend oder werden lediglich für einzelne Handlungsfelder und somit lückenhaft ausgewiesen. Aner (2010) beschreibt diesbezüglich folgende Einschränkungen:

- fehlende einheitliche Erfassung von Beschäftigtenzahlen aufgrund der dezentralen und heterogenen Organisationsform sozialer Altenhilfe und der Dominanz von Modellprojekten in der Praxis Sozialer (Alten-)Arbeit; Letztgenannte führen nicht nur zu prekären, da zeitlich begrenzten Beschäftigungsverhältnissen; sie sind darüber hinaus auch keiner übergeordneten Datenerfassung zugänglich, so dass eine bundesweite Übersicht zur Qualifikation der in Modellprojekten Tätigen fehlt²¹;
- die Statistiken der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege weisen Fachkräfte der Sozialen Arbeit mit direktem Kontakt zu Klienten aus (die im Verhältnis zu den Pflege(fach)kräften jedoch unterrepräsentiert sind), erfassen jedoch nicht diejenigen Fachkräfte Sozialer Arbeit, die zwar im Kontext der Altenhilfe, aber in Leitungs- oder Planungsstellen tätig sind;
- Soziale (Alten-)Arbeit findet auch in anderen (kommunalen) Handlungsfeldern außerhalb der Altenhilfe statt (z. B. Allgemeiner Sozialer Dienst, Stadtteil-/Gemeinwesenarbeit).

36

Ähnlich stellt sich die Datenlage für Fachkräfte Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen dar: auch hier stehen keine validen Daten zur Anzahl der Beschäftigten zur Verfügung (Mühlum 2006). Schätzungen zur Anzahl der Beschäftigten weisen ca. 150.000 akademisch qualifizierte Sozialarbeiter/-pädagogen in der gesundheitsbezogenen Sozialarbeit aus; davon sind ca. 120.000 in der direkten Arbeit mit Klienten tätig (Cloos & Züchner 2002, zit. n. Mühlum 2006).

4.1.2 Demografische und strukturelle Veränderungen in Arbeitsfeld und Arbeitswelt

Mit der demografischen Alterung gehen für Betriebe und Verwaltungen Veränderungen durch qualitative und quantitative Anforderungen für die Arbeitswelt einher (Heinze & Naegele 2010; Kuhlmeier et al. 2011). Zunächst muss hier eine Betrachtung der Veränderung jüngerer Altersgruppen erfolgen. Dabei zeigt sich, dass es zu einer Unterjüngung durch einen Rückgang der Geburtenzahl und eine steigende Kinderlosigkeit kommt (Heinze & Naegele 2010; Giese 2011; Hämel & Schaeffer 2012). Die Abnahme jüngerer Menschen an der Gesamtbevölkerung führt gleichzeitig zu einer Abnahme des familialen Pflege- und Hilfspoten-

²¹ Die Verhaftung auf der Ebene von Modellprojekten schränkt zudem eine kontinuierliche konzeptionelle (Weiter-)Entwicklung Sozialer (Alten-)Arbeit ein; auch entsprechende fachliche Hinweise für die Gestaltung der Aus- und Fortbildung Sozialer Arbeit fließen dementsprechend nur verzögert oder lückenhaft ein (Aner 2010).

zials. Dieser Trend wird durch die Zunahme von Einpersonenhaushalten und Alleinerziehenden verstärkt²² (Blinkert & Klie 2001; Kälble 2003; Brandenburg 2005; DV 2009; Neumann 2012). Insgesamt kann von einer Differenzierung familiärer Lebensläufe und somit einem Aufbrechen von traditionellen Familienstrukturen gesprochen werden (Naegele 2010b). Dies lässt sich beispielsweise an den Veränderungen der Scheidungsraten oder der Häufigkeit von Patchworkfamilien darstellen (Bethke 2000; Ottensmeier & Rothen 2006; Naegele 2010b). Die genannten Prozesse werden häufig als zunehmende Individualisierung der Lebensformen bezeichnet (Kälble 2003).

Die demografischen Veränderungen werden zusätzlich von sozial-ökonomischen und kulturellen Veränderungen überlagert. Diesen ist gemein, dass sie nicht nur parallel zueinander auftreten können, sondern sich vielmehr gegenseitig verstärken können und dabei teilweise irreversibel sind (Naegele 2010b). Hinsichtlich der Erwerbsverläufe der Bevölkerung lässt sich eine zunehmende Pluralisierung der Erwerbsbiografien feststellen (Bethke 2000; Naegele 2010b). Dies führt zu einer „Entnormalisierung“ der Arbeit und Zunahme prekärer Beschäftigungsverhältnisse. In der Folge findet sich eine Spreizung der materiellen und finanziellen Lebensbedingungen bei gleichzeitig wachsender finanzieller Schlechterstellung.

Zudem zeichnet sich in den vergangenen Jahrzehnten eine Verschiebung der Berufszweige ab. Deutschland entwickelt sich schwerpunktmäßig zu einer Wissens-, Bildungs- und (industriellen wie sozialen) Dienstleistungsgesellschaft. Letzteres steht im Einklang mit einer gesteigerten Bedeutung von Altenhilfe und Altenpflege. Gleichzeitig haben diese Entwicklungen zu einer Veränderung der Zugangsvoraussetzungen für bestimmte Berufe und somit im Bereich der (Aus-)Bildung zu einer so genannten „Bildungsexpansion“ geführt (Heinze & Naegele 2010). So kam es in den vergangenen Jahrzehnten generell zu einer deutlichen Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit, die in engem Zusammenhang mit dem bereits erwähnten abnehmenden Familienpflegepotenzial gesehen wird (Brandenburg 2005; Hämel & Schaeffer 2012; Neumann 2012). Hierbei ist zu erwähnen, dass insbesondere das Gesundheitswesen und die professionelle Versorgung seit jeher ebenfalls eine weiblich dominierte Branche darstellt, die immer noch weiter wächst (EU-Kommission 2008).

37

Zusätzlich kommen auf Erwerbstätige heute gestiegene zeitliche, räumliche und soziale Mobilitätsanforderungen zu. Der demografische und sozialstrukturelle Wandel wirkt sich damit auch auf Generationenbeziehungen aus (Pohlmann 2006; Hämel & Schaeffer 2012). Es kommt beispielsweise durch Veränderungen im Erwerbsleben zu steigenden Vereinbarkeits-herausforderungen von Familie und Beruf. Aus diesen Entwicklungen folgt, dass im Falle der Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit der Bedarf an fremder Hilfe zunehmen wird (Slotala 2006; DV 2009; Neumann 2012)²³.

Gleichzeitig führt ein Rückgang der Geburtenraten zu sinkenden Personalressourcen. Während der Fachkräftemangel bei den Arztberufen bereits seit Jahren offen diskutiert und in Gesetzen thematisiert wird, ist eine vergleichbar prominente Auseinandersetzung beispiels-

²² Hierbei muss jedoch beachtet werden, dass derzeit noch die Elterngeneration der Baby-Boomer die größte Gruppe der Hochaltrigen darstellt, also eine Personengruppe, in welcher die Kinderlosigkeit gering ausgeprägt war.

²³ Die Verbreitung von Kinderlosigkeit und der Rückgang jüngerer Altersgruppen wirkt sich auf die pflegerische Unterstützung durch die Familien voraussichtlich ab 2030 aus, wenn die geburtenstarken Jahrgänge das höchste Lebensalter erreichen (Hämel & Schaeffer 2012; Neumann 2012).



weise für die Pflege- und Gesundheitsberufe nicht aufzufinden (Hämel & Schaeffer 2012), obwohl in den vergangenen Jahren bereits ein akuter Mangel dokumentiert wird (Kühnert 1994; Robert Bosch Stiftung 1993; Europäische Kommission 2008; Ostwald et al. 2010; Hämel & Schaeffer 2012). Darüber hinaus existiert ein weiterer Einflussfaktor für die Schrumpfung des Erwerbspersonenpotenzials: so kommt es innerhalb der Bevölkerung zu starken Verschiebungen in der Altersstruktur, wobei vor allem der nahende Renteneintritt der Baby-Boomer-Generation als Problem für das Erwerbspersonenpotenzial eine Rolle spielen wird und sich der Anteil der Personen über 65 Jahren mit 23,3 Prozent im Jahr 2020 deutlich erhöht (EU-Kommission 2008; Pohl & Sieglen 2012). Der demografische Wandel wirkt sich also insgesamt als relativ robuster Faktor von zwei Seiten auf die Fachkraftentwicklung aus: zum einen durch die Alterung der Gesellschaft und Belegschaft sowie zum anderen durch das Ausbleiben des beruflichen Nachwuchses durch den Geburtenrückgang (Hämel & Schaeffer 2012).

38

Im Tätigkeitsfeld der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen wird neben dem Fachkräftemangel ebenfalls ein „Systemproblem“ identifiziert, da Rahmenbedingungen und struktureller Wandel des Systems zu Veränderungen geführt haben, auf welche reagiert werden muss (DV 2009; DGB 2011). Für die Pflegeberufe werden schlechte Arbeitsbedingungen der Pflegenden hervorgehoben, die sich zu Lasten des Berufsverbleibs und der finanziellen Situation der Beschäftigten auswirken und die zuvor genannten Trends der Erwerbsverläufe widerspiegeln (DV 2009; DGB 2011). Außerdem besteht in der Pflege ein Trend zur Arbeitszeitverkürzung bei einem bereits hohen Anteil an Teilzeitbeschäftigung (Sieger 2002; Kuhlmeier et al. 2011; Simon 2012). Der überproportionale Anstieg der Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse in den Pflegeberufen ist dabei weniger auf individuell-private, sondern vielmehr auf institutionelle Gründe zurückzuführen. Die Ausweitung von Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen ist Ausdruck einer zunehmend praktizierten Managementstrategie, die mittels flexibler Personaleinsatzplanung zu Kosteneinsparungen führen soll (Simon 2012). Neben beachtlichen individuellen Folgen (u. a. Einkommensverluste, Auswirkungen auf die Rentenhöhe, ansteigende Arbeitsbelastung, dies auch durch zunehmende Nebentätigkeiten der Teilzeitbeschäftigten) sind damit auch Herausforderungen für die Sicherstellung der Versorgungsqualität verbunden, da sich durch die zunehmenden Personal-„Schnittstellen“ (Simon 2012, 63) Informations- und Kommunikationsprobleme einstellen können. Wie zuvor erwähnt ist unter dieser Perspektive auch die Frage des Fachkräftemangels in der Pflege differenziert zu bewerten und vielmehr ein „Mangel an adäquaten Vollzeitarbeitsplätzen und vor allem an Arbeitsbedingungen, die eine langfristige Vollzeitbeschäftigung ohne Beeinträchtigung der Gesundheit ermöglichen“ festzustellen (ebd., 64).

Allen Berufsgruppen gemein ist eine Verdichtung der Arbeitsaufgaben, die teilweise gleichzeitig mit einem Personalabbau einhergehen (Sieger 2002). Ein entscheidender Ansatzpunkt zur Lösung dieses „Systemproblems“ wird in der Führungskompetenz gesehen: „Gute Führung ist zentral für Berufszufriedenheit, Identifizierung, Bindung und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter/innen. Mit ihr steht und fällt die Lern- und Motivationskultur, gute Führung aktiviert und erhöht die Bereitschaft der Mitarbeiter/innen zur Weiterqualifizierung und entwickelt mit ihnen berufliche Perspektiven. Die Stärkung guter Führungskompetenz ist eine Investition in die Zukunftsfähigkeit von Einrichtungen/Diensten. Vorgesetzte sollten befähigt werden, an den individuellen Fähigkeiten und Bedarfen orientiert zu führen. Träger von Einrichtungen und Diensten sind gut beraten, in Führungskompetenz zu investieren.“ (DV 2012, 14)



Insgesamt tragen die genannten Entwicklungen zu einer verstärkt marktwirtschaftlichen Ausrichtung und Ökonomisierung im Sozial- und Gesundheitswesen bei, was für Einrichtungen und Dienste in der Konsequenz zu einer Steigerung des Wettbewerbs und zur Notwendigkeit der eigenen Profilbildung führt (Brandenburg 2005). Einher mit einem verstärkten Wettbewerb geht die Zunahme der Qualitätsanforderungen in Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens (Csongár 1998). In diesem Zusammenhang können unter anderem auch akademisch gebildete Fachkräfte einen Beitrag zur Qualitätssicherung leisten, beispielsweise durch ihre Befähigung zur Entwicklung angemessener Behandlungskonzepte (Höppner 2007; Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2012). Unter dieser Perspektive ist es somit erforderlich, „(...) Fort- und Weiterbildungsangebote auszubauen und sie an die voranschreitende Ausdifferenzierung der Pflege anzupassen. Benötigt werden Konzepte zum lebenslangen Lernen, welche als Bestandteil der Qualitätsentwicklung etabliert werden sollten, denn die Kenntnis des aktuellen Stands des wissenschaftlichen Fortschritts und der vorliegenden empirischen Erkenntnisse sind nicht nur Voraussetzung für die Sicherung einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung, sondern stellen auch einen wichtigen Wettbewerbsfaktor dar.“ (SVR 2012, 92)

Darüber hinaus zeigen sich auch unterschiedliche neue inhaltliche Anforderungen, die Beschäftigte erfüllen müssen. Beispielsweise ist hier die zunehmende Technisierung des Arbeitsalltags zu erwähnen (EU-Kommission 2008). Moderne Technologien kommen dabei unter anderem in der Dokumentation, aber auch in konkreten pflegerischen Tätigkeiten zum Einsatz (Erhard et al. 2011; Kuhlmeier et al. 2011) und setzen ein entsprechendes Anwenderwissen voraus (Erhard et al. 2011). Einerseits führt dies dazu, dass in den Tätigkeitsbereichen Fortschritte und Arbeitszeitverkürzungen erreicht werden können; andererseits gehen damit auch Kosten einher, da das Personal zunächst geschult werden muss (EU-Kommission 2008).

39

4.2 Gerontologisierung der Sozialen Arbeit und Akademisierung der Gesundheitsberufe in Deutschland – ein Überblick

Die Ausbildungsstrukturen und damit einhergehend die Qualifikationsniveaus und -profile der Sozialen, Pflege- und Gesundheitsberufe sind fortwährend Gegenstand der Diskussion. Aus fachlicher Sicht wird im Allgemeinen für die Notwendigkeit einer einschlägigen fachlichen Grundausbildung und für differenzierte Möglichkeiten der Weiterbildung plädiert. Vorgesprochen wird ein durchlässiges System von grundlegenden bis hin zu höchstqualifizierenden Ausbildungsmöglichkeiten, an dessen Ende auch die Zulassung zu einer einschlägigen (Fach-)Hochschulausbildung (z. B. Sozialarbeit, Sozial-/Heilpädagogik, Pflegepädagogik/-management) möglich sein soll (Reinicke 2007).

Ebenso wie für die berufliche Ausbildung gilt auch für die hochschulische Qualifikation, dass es in dem Sinne nur wenige einschlägige Studiengänge gibt, die gezielt oder ausschließlich für das Handlungsfeld der Altenhilfe oder Altenpflege qualifizieren. In der Praxis zeigt sich vielmehr, dass die dort Beschäftigten mit Hochschulabschluss vielfach „fachfremd“ ausgebildet werden und in der Regel nicht über eine gerontologische-geriatrische Ausbildung, sondern über berufspraktisch erworbene Kompetenzen verfügen (Naegele 2011). In den letzten Jahren zeichnen sich diesbezüglich jedoch verschiedene Trends in der Hochschullandschaft



ab, die von Interesse sind. Zum einen ist – wenn auch vereinzelt – eine „Gerontologisierung“ von Studiengängen, beispielsweise der Sozialen Arbeit, zu verzeichnen sowie die gezielte Einrichtung gerontologischer (Master-)Studiengänge. Zum anderen sind aktuelle Entwicklungen zur Akademisierung der Gesundheitsberufe hervorzuheben, weil ältere Menschen zwar nicht die ausschließliche, aber eine bedeutende und zukünftig weiter zunehmende Patientengruppe in unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens darstellen (Naegele 2013; SVR 2012).

Außerdem werden auch allgemeine, hochschulbezogene Entwicklungen skizziert, die in engem Zusammenhang mit den fachspezifischen, gerontologisch bedeutsamen Entwicklungen betrachtet werden müssen. Große Bedeutung ist hier dem Bolognaprozess beizumessen, in welchem nicht nur der Auftakt für die (länderübergreifende) Debatte um mehr Durchlässigkeit im Bildungssystem markiert, sondern auch die Entwicklung von Qualifikationsrahmen angestoßen wurde. Allgemeine und fachspezifische Qualifikationsrahmen dienen einer transparenten und einheitlichen Darstellung von Qualifikationsniveaus, unabhängig davon, auf welchen formalen, non-formalen oder informellen Lernwegen die entsprechenden Kompetenzen erworben wurden. Durch eine umfassende Beschreibung von in der Praxis benötigten Kompetenzen und Lernzielen bilden sie einerseits einen Orientierungsrahmen für die Anrechnung von Lernergebnissen und ermöglichen somit die Durchlässigkeit zwischen unterschiedlichen Bildungsstufen. Andererseits stellen sie einen wichtigen Bezugspunkt in der Diskussion um eine Akademisierung der Sozial-, Pflege- und Gesundheitsberufe dar (Hülsken-Giesler et al. in Druck; Walkenhorst & Stubner 2012; Knigge-Demal et al. 2011).

40

4.2.1 Die Gerontologisierung Sozialer Arbeit und der Aufbau (sozial-)gerontologische Studiengänge

In Deutschland ist in den letzten Jahren eine zunehmende Gerontologisierung der Arbeits- und Handlungsfelder Sozialer Arbeit einerseits und von entsprechenden Studiengängen andererseits zu verzeichnen (Klie 1997; Walkenhorst 2006; Slotala 2006; Kricheldorf 2010). Die Soziale Altenarbeit hat sich als Handlungsfeld der Sozialen Arbeit seit Einführung der gesetzlichen Regelungen zur Altenhilfe in den 1960er Jahren²⁴ zunehmend ausdifferenziert (Klie 1997; Kricheldorf 2010; Schweppe 2011). Charakteristisch sind die Unübersichtlichkeit dieses Arbeitsfeldes und die große Bandbreite der Konzepte, Dienste, Einrichtungen und Maßnahmen. Aufgrund großer interkommunaler Spielräume bei der Ausgestaltung von Leistungen der Altenhilfe fehlen zumeist einheitliche Bezeichnungen für Handlungsfelder und spezifische Angebote Sozialer Altenarbeit (Aner 2010). Infolge demografischer Veränderungen (quantitativer Zuwachs älterer Menschen) und dem Wandel der Lebenslagen im Alter („Altersstrukturwandel“) wird die Altenhilfe über den Bezug zu unterschiedlichen Zielgruppen jedoch tendenziell wie folgt definiert (Aner 2010, 33):

²⁴ Auf eine Darstellung der bereits seit den ausgehenden 1960er Jahren etablierten akademischen Ausbildung in der Sozialen Arbeit, wird an dieser Stelle verzichtet und im Folgenden auf die Gerontologisierung Sozialer Arbeit und die Entwicklung gerontologischer Studiengänge eingegangen. Bemerkenswert ist jedoch, dass auch von Trägern Sozialer Arbeit zunehmend ein Fachkräftemangel beklagt wird. Eine Entwicklung, die durch den gegenwärtig zunehmend beobachtbaren Ab- und Rückbau von Professuren Sozialer Arbeit zukünftig weiter verschärft werden könnte. Die Fachgesellschaften Sozialer Arbeit (DGSA/DGfE) fordern deshalb, diese rückschrittlichen Prozesse aufzuhalten und rückgängig zu machen, wenn auch weiterhin eine qualitativ hochwertige und professionelle Erbringung sozialer Dienste sichergestellt werden soll (DGSA/DGfE 2011).



- die offene Altenarbeit adressiert die Zielgruppe der selbständigen, gesundheitlich gering/nicht belasteten jüngeren Alten;
- die Angebote der ambulanten beziehungsweise (teil-)stationären Altenhilfe wenden sich (zunehmend) an Hochaltrige, die in stärkerem Maße von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind.

Im Sinne einer einheitlichen Bezeichnung, die

- die gegenwärtige Gesetzgebung und
- den Prozesscharakter von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit berücksichtigt sowie
- zur Sicherstellung des fachlichen Bezugs zur Sozialen Arbeit (Einbezug fürsorgerischer und sozialpädagogischer Aspekte) beiträgt,

schlägt Aner (2010, 34) die Begriffe „Soziale (Alten-)Arbeit“ und „Soziale (Alten-)Arbeit im Bereich Gesundheit und Pflege“ vor. Dabei sei jedoch zu beachten, „dass eine Versäulung von offenen Angeboten, ambulanten Diensten und voll- beziehungsweise teilstationären Einrichtungen inhaltlich nicht gerechtfertigt und vor allem aus Adressatensicht nicht wünschenswert ist – und ebenso wenig ihre strikte Trennung von der Sozialen (Alten-)Arbeit in den Bereichen von Freizeit, Kultur, Bildung und zivilgesellschaftlichem Engagement.“ (Aner 2010, 34)

Angesichts einer fehlenden verbindlichen spezifischen Systematik wird üblicherweise weiterhin eine Unterscheidung nach offenen sowie ambulanten und (teil-)stationären Maßnahmen vorgenommen (Schweppe 2011). Ein Merkmal sozialer Altenarbeit – und hier insbesondere der offenen Altenarbeit – ist, dass Angebote für eine zunehmend heterogene Zielgruppe älterer Menschen erbracht werden und dabei die unterschiedlichen und sich weiter ausdifferenzierenden Lebensformen und -lagen im Alter und damit einhergehende höchst unterschiedliche Interessen, Bedarfe und Bedürfnisse berücksichtigen (Schweppe 2011). In der offenen Altenarbeit werden Angebote für alle älteren Menschen und somit die gesamte „Lebensphase Alter“ erbracht und dementsprechend ein breites Spektrum unter anderem an Bildungs- und Kulturangeboten und sozialen Maßnahmen ebenso wie „pflegeflankierenden“ Maßnahmen realisiert (ebd.). Die Arbeit in diesem Handlungsfeld orientiert sich dabei konzeptionell an unterschiedlichen Altersleitbildern (u. a. „betreutes Alter“, „aktives Alter“). Unter Bezugnahme auf die „Pluralisierung des Alters“ und damit einhergehenden Chancen und Risiken orientiert sich die offene Altenarbeit seit Anfang der 1990er Jahre am Leitbild des zu „gestaltenden Leben im Alter“ (Schweppe 2011; Kricheldorf 2010). Dies weist den älteren Menschen (einschließlich seiner im Lebensverlauf erworbenen Kompetenzen und Ressourcen) als „Gestalter seiner Umwelt“ aus und ist damit an allgemeine theoretische Bezüge in der Sozialen Arbeit (u. a. Lebenswelten, Ressourcenorientierung, Empowerment) anschlussfähig (Kricheldorf 2010). Ziel ist die „Förderung einer Kultur eigenverantwortlich gestalteten Alters und die Ermöglichung und Findung individuellen Lebenssinns und individueller Lebensbalance.“ (Schweppe 2011, 508).

In diesem Kontext sind verschiedene Förderprogramme und Modellprojekte²⁵ entstanden, mit denen auch eine sozialpädagogische Fundierung Sozialer Altenarbeit und Konzeptentwicklung einherging (u. a. stadtteilorientierte, zugehende Konzepte, sozialpädagogische

²⁵ Für eine ausführliche Darstellung vgl. Schweppe 2011.; für Baden-Württemberg sind beispielsweise die „Seniorengenossenschaften“ oder die „Initiative Drittes Lebensalter“ zu nennen (ebd.).



Konzepte zur Netzworkebildung, Konzepte zur Unterstützung von Sinnfindungsprozessen und zur Erschließung neuer Handlungs-/Tätigkeitsfelder; Ansätze der Biografiearbeit) (Schweppe 2011). In den letzten Jahren sind in diesem Handlungsfeld zunehmend Fragen der Beteiligung und des Engagements Älterer und die Gestaltung selbsthilfeorientierter Unterstützungssysteme in den Mittelpunkt gerückt, was sich auch in neuen Aufgaben und Handlungsfeldern Sozialer Altenarbeit niederschlägt (z. B. Engagementförderung und Bürgerbeteiligung, Entwicklung neuer Wohnformen, generationensensible/-integrierende Gestaltung von Lebenswelten) (Kricheldorf 2010).

Der Stellenwert sozialpädagogischer Tätigkeitsfelder in der ambulanten und stationären Altenhilfe hat sich mit der Einführung der Pflegeversicherung und einer vorwiegend medizinisch-somatischen Ausrichtung von Pflege verringert, allerdings haben sich auch hier in Teilbereichen eigenständige (sozial-)pädagogisch fundierte Konzepte entwickelt: Im Kontext der sozialpolitischen Prämisse „ambulant vor stationär“ kommt der ambulanten Altenhilfe insbesondere die Aufgabe zu, den Verbleib älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in ihrer eigenen Häuslichkeit zu unterstützen. Ein bedeutsames Handlungsfeld ist in diesem Kontext zum einen die Begleitung und Entlastung pflegender Angehöriger, einschließlich der Gestaltung und Abstimmung des Zusammenspiels informeller und professioneller Hilfen. Zum anderen nehmen Case Management und Care Management sowie Beratung einen wichtigen Stellenwert ein (Schweppe 2011), eine Entwicklung die maßgeblich durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz und die Einrichtung von Pflegestützpunkten befördert wurde. Auch in der stationären Altenhilfe erfolgte eine sozialpädagogische konzeptionelle Weiterentwicklung; diese bezieht sich auf die direkte Arbeit mit älteren Menschen, Milieugestaltung, Angehörigenarbeit, Gemeinwesenarbeit und mitarbeiterbezogene Aufgaben (ebd.).

42

Mittlerweile ist nicht nur eine Expansion und Differenzierung altersspezifischer Handlungsfelder in der Sozialen (Alten-)Arbeit zu verzeichnen, vielmehr zeichnet sich auch eine „Gerontologisierung“ bislang klassischer Felder Sozialer Arbeit ab (Kricheldorf 2010; Pohlmann 2006): beispielsweise kommt in der Familienhilfe zunehmend der Einbezug der (Ur-)Großeltern zum Tragen oder eine Auseinandersetzung mit Fragen des Generationenverhältnisses und der Generationensolidarität. Ebenso ist eine Annäherung der Alten- und Behindertenhilfe zu verzeichnen sowie unter anderem eine Ausweitung der kultursensiblen Altenhilfe, der Resozialisierung älterer Straffälliger, sowie der Hilfen für obdachlose, sucht- oder suizidgefährdeten Ältere (Pohlmann 2006).

Weitere Einsatzfelder für Fachkräfte Sozialer Arbeit, die einer zunehmenden Gerontologisierung unterliegen, bestehen zudem im Gesundheitswesen (z. B. Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen). In der stationären Versorgung zeichnet sich aufgrund der mit der Einführung der DRG-Fallpauschalen verkürzten Verweildauer ein deutlicher Beratungsbedarf insbesondere bei älteren Patienten und ihren Angehörigen ab; ein umfassendes Entlass- und Überleitungsmanagement, einschließlich psychosozialer Unterstützung stellt hier eine wichtiger werdende Aufgabe Sozialer Arbeit dar. Soziale Arbeit agiert im Akutkrankenhaus somit auch „als Schnittstelle von stationärer Versorgung und Alltagsleben und [ist] Kern einer integrierten Versorgung.“ (Mühlum 2006, 99).

Aner (2010) konstatiert, dass sich die Fachlichkeit Sozialer (Alten-)Arbeit in der Sozialen Altenhilfe insbesondere seit Mitte der 1980er Jahre deutlich weiterentwickelt hat (z. B. kritische



Auseinandersetzung mit den Ansätzen des erfolgreichen, aktiven und produktiven Alter(n)s²⁶; sie bleibt aber unter den gegebenen eingeschränkten finanziellen Rahmenbedingungen und durch die Mitte der 1990er Jahre mit Einführung der Pflegeversicherung verschärfte Konkurrenz zu den Angeboten gesundheitlich-pflegerischer Berufe hinter ihren Möglichkeiten zurück. Die im Vergleich zur Jugendhilfe schwache Verrechtlichung der Altenhilfe wirkt sich diesbezüglich einerseits zusätzlich erschwerend aus. Andererseits sei darin auch eine Chance zu sehen. Auch wenn keine gesetzliche Änderung zu erwarten sei – die Bemühungen der Bundesregierung um ein Anfang 2000 in Aussicht gestelltes „Altenhilfe(struktur)gesetz“ wurden bislang nicht weiter verfolgt²⁷ – bieten die weichen Regelungen jedoch auch im Hinblick auf den Personaleinsatz „Gestaltungsspielräume“. Zwar sind generalistisch ausgebildete Fachkräfte Sozialer Arbeit auch für die Bearbeitung von grundlegenden strukturellen Fragen in der Altenhilfe qualifiziert (z. B. Überwindung von Schnittstellenproblemen). Ungeachtet dessen erscheint perspektivisch jedoch zweierlei unabdingbar: eine gerontologisch-geriatriische Kompetenzerweiterung Sozialer Arbeit sowie die Information der Träger sozialer Altenhilfe über den Nutzen des Einsatzes entsprechend qualifizierter akademischer Fachkräfte (ebd.).

Obwohl sich in den letzten Jahren eine Fundierung und konzeptionelle Weiterentwicklung der Sozialen Altenarbeit vollzogen hat, kann bislang (noch) nicht davon gesprochen werden, dass sich eine „eigenständige Expertise“ und ein „sozialpädagogischer Zugang zur Altersphase“ herausgebildet haben (Schweppe 2011, 516f)²⁸. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der zunehmenden Konkurrenz zu anderen Berufsgruppen erscheint es jedoch erforderlich, Vorteile und Qualitäten sozialpädagogischer Kompetenzen und ihren Beitrag zur „Bearbeitung, Linderung oder Lösung altersspezifischer Problematiken beziehungsweise zur Herstellung befriedigender Lebensentwürfe im Alter“ (Schweppe 2011, 517) zukünftig hervorzuheben.

Mit der Gerontologisierung der Praxis geht jedoch – nicht zuletzt infolge des Bologna-Prozesses – nur bedingt eine Gerontologisierung der Studieninhalte einher. So wird seit der Einführung der Bachelor- und Masterstudiengänge für die Soziale Arbeit ein generalistisch ausgerichtetes Bachelorstudium favorisiert (Mühlum 2006; Kricheldorf 2010); curriculare Empfehlungen der Fachgesellschaften beinhalten zwar durchaus Gestaltungsspielräume, die jedoch anstelle von Spezialisierungen lediglich Möglichkeiten für „exemplarische Vertiefungen“ eröffnen (Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit 2005, zit. n. Kricheldorf 2010). Infol-

²⁶ Darüber hinaus wird die Weiterentwicklung der Fachlichkeit Sozialer (Alten-)Arbeit auch an den sich wandelnden Themenstellungen der Fördermaßnahmen sozialer Altenhilfe deutlich, die z. B. zu Beginn der 1990er Jahre folgende Schwerpunkte aufwiesen: sozialpädagogische Begleitung der frühen Entberuflichung, sozialarbeiterische Unterstützung häuslicher/stationärer Pflege; Weiterentwicklung des Hilfesystems: unter anderem Modell der Altenhilfefachberatung, Ansätze des Case-/Care-Management (für eine ausführliche Darstellung vgl. Aner 2010).

²⁷ In diesem Kontext ist auf eine aktuelle Initiative des Diakonischen Werkes der evangelischen Kirche in Deutschland hinzuweisen; diese zielt darauf, eine nachhaltige Finanzierungsgrundlage für gemeinwesenorientierte Altenarbeit („Basisbudget“) zu schaffen (DW 2011).

²⁸ Vor dem Hintergrund des Wandels der Lebensphase Alter und damit einhergehenden (Alters-)Risiken, kritischen Lebensereignissen und Diskontinuitäts Erfahrungen können nach Schweppe (2011) – unter Rückgriff auf Böhnisch und die Kategorie der „Lebensbewältigung“ – Ansatzpunkte für sozialpädagogische Expertise in der Altenarbeit „in der Unterstützung zur Herstellung biografischer Anschlussfähigkeit an die sich verändernden Umwelten durch die Bewältigung der ambivalenten und paradoxen Anforderungen moderner Lebensführung im Alter liegen. Ein solcher Zugang hätte darüber hinaus den Vorteil, Alter(n) als Gesamtheit und Prozess entlang des (...) Kontinuums zwischen autonomem und abhängigem Alter zu fassen und damit der durch die Dominanz des medizinischen Paradigmas drohenden Verengung auf das abhängige Alter entgegenzuwirken“. (ebd., 517).



gedessen werden bei der Ausgestaltung der Lehr- und Lerninhalte an Hochschulen zwar eine Lebenslaufperspektive zugrunde gelegt oder spezielle Zielgruppenangebote realisiert, die – in der Regel aufgrund bewusster Entscheidung für gerontologische Inhalte – zum Teil auch ältere und alte Menschen berücksichtigen können.

Außerdem wird eine Diskrepanz zwischen der hohen und zunehmenden Relevanz älterer Menschen als Zielgruppe Sozialer Arbeit und den inhaltlichen Präferenzen der Studierenden deutlich. Hier zeigt sich, dass gerontologische Themenschwerpunkte überwiegend von Studierenden mit entsprechenden (praktischen) Vorerfahrungen (z. B. Freiwilliges Soziales Jahr) gewählt werden (Kricheldorf 2010). Die „Altenhilfe“ stellt mit fünf Prozent (N=196; nicht-repräsentative Befragung Münchener und Frankfurter Studierender) nur für wenige Studierende ein attraktives Handlungsfeld dar; 45 Prozent der Befragten bewerten dies als eher belastendes Arbeitsfeld (32 % fühlen sich über das Handlungsfeld unzureichend informiert, 18 % verweisen auf andere Präferenzen) (Pohlmann 2006). Aufgrund der für das Bachelorstudium fehlenden verpflichtenden querschnittlichen Betrachtung aller Lebensphasen, einschließlich der Lebensphase Alter, sind Veränderungen der Interessen und Perspektiverweiterungen für Studierende – die als Vorbereitung für den Umgang mit älteren Adressaten bedeutsam wären – gegenwärtig nur bedingt gegeben (Kricheldorf 2010).

44

Mit den inhaltlichen Gestaltungsspielräumen, die sich innerhalb der Sozialen Arbeit durch eine gerontologische Ausrichtung ergeben, geht einerseits eine Komplexitätszunahme beruflicher Anforderungen einher (Pohlmann 2006); andererseits ist hierin auch expandierender Arbeitsmarkt zu sehen (ebd.), der bislang auf der Ausbildungsseite nicht hinreichend bedient wird und die Studierenden somit nur unzureichend vorbereitet (ebd.; Kricheldorf 2010). „Die Studierenden haben ein Anrecht darauf, dass die Hochschulen sie mit dem erforderlichen Rüstzeug versehen, um sich auf veränderte Praxisanforderungen in einer alternden Bevölkerung einstellen zu können. Gerade die Fachhochschulen können hier als Seismografen wirken, die sensibel und vor allem schnell auf die Rückmeldungen aus den Anwendungsbereichen reagieren. Sie erweisen sich somit als Weichensteller, deren Aufgabe zusätzlich darin bestehen kann, als eine der treibenden Kräfte für eine zukunftsfähige Soziale Arbeit zu fungieren.“ (Pohlmann 2006, 9).

Weitere Ambivalenzen sind zudem darin zu sehen, dass zwar Bedarf für ein Mehr an gerontologischer Expertise und Spezialisierung Sozialer Arbeit besteht, dieser in den (kommunalen) Arbeitsfeldern aber nicht mit nachhaltigen und regelhaften (Finanzierungs-)Strukturen hinterlegt ist (Kricheldorf 2010). Eine strukturelle Anpassung des Altenhilfesystems, die der Pluralisierung des Lebens im Alter gerecht wird, erfolgte bislang nicht beziehungsweise nur ansatzweise und mit geringem Differenzierungsgrad für die pflegerische Versorgung (Schweppe 2011). Vorwiegend modellhaft entwickelte und erprobte Maßnahmen, Programme und Dienste „[haben] keine Absicherung in zuverlässigen institutionellen Strukturen gefunden. Die in der Jugendhilfe mittlerweile zum Standardrepertoire gehörenden Dienste finden in der Altenhilfe oft keine Pendant.“ (Schweppe 2011, 516). Die Soziale Altenarbeit ist mit Ökonomisierungszwängen konfrontiert, was insbesondere im Bereich der offenen Sozialen Altenarbeit deutlich wird. Als freiwillige kommunale Leistungen im Sinne der Daseinsvorsorge sind ihre Ausgestaltungsmöglichkeiten grundsätzlich in Abhängigkeit von der kommunalen Haushaltslage und damit einhergehenden (möglichen) Begrenzungen zu betrachten (Kricheldorf 2010). Anzunehmen und nicht zu unterschätzen ist, dass Aussichten auf ent-



sprechend prekäre Beschäftigungsmöglichkeiten sich auch auf die Studienmotivation und Spezialisierungswünsche Studierender auswirken können.

Sozial-gerontologische Studiengänge bereiten künftige Absolventen auf die Ausübung von spezifischen Gestaltungsaufgaben in einer Reihe von Berufsfeldern vor, die in einem besonderen Zusammenhang mit den Herausforderungen alternder Gesellschaften stehen. Das Studienangebot in Deutschland reagiert dabei insbesondere auf das Interesse der beruflichen Praxis an gerontologischer Weiterbildung, das infolge von strukturellen Veränderungen im Arbeitsfeld „Altenarbeit/-politik und -pflege“²⁹ deutlich zugenommen hat (Karl et al. 2002). Um diese neuen Anforderungen in der Praxis angemessen bewältigen zu können, sind insbesondere höher qualifizierte Mitarbeiter erforderlich, die in der Lage sind, die neuen Anforderungen eigenständig und mit entsprechend fachlicher Expertise zu bearbeiten (ebd.). Kennzeichnend für das berufliche Anforderungsprofil sind – so die Erfahrungen aus Dortmund – neben gerontologischen Fachkenntnissen insbesondere management- und führungsbezogene Schlüsselqualifikationen (Karl et al. 2002), die auch weiterhin von Bedeutung sind.³⁰

Das sozialgerontologische Studienangebot der Universitäten und Fachhochschulen unterlag im Zuge der Bologna-Reformen ebenfalls deutlichen Veränderungen und Umstellungen (Backes et al. 2007)³¹. Kennzeichnend ist, dass an den Universitäten überwiegend konsekutive Master eingerichtet werden sollten; lediglich die Universität Vechta bietet auch einen Bachelor Gerontologie an. An den Fachhochschulen sind ausschließlich Weiterbildungs-Master vorgesehen (bzw. mittlerweile realisiert)³². Unterschiede werden zudem bei den inhaltlichen Profilen der Studiengänge deutlich, wobei ein breites Spektrum interdisziplinärer Ansätze mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzung an den Universitäten zu verzeichnen ist (z. B. Gerontologie; Geriatrie, Gerontopsychologie; Psychologie und Soziologie des Alterns; Rechts-/Betriebswissenschaft, Sozialpolitik, Biologie/Medizin, Philosophie/Anthropologie, Rehabilitation/Pflege, Geragogik); Schwerpunkte an den Fachhochschulen umfassen Gerontologie in Kombination mit unterschiedlichen anderen Ausrichtungen zum Beispiel Pflege, Soziale Arbeit, Management, Gesundheitswissenschaften und (Geronto-)Psychologie. Die Studiengänge weisen zudem entweder Spezialisierungen auf einzelne Berufsfelder (z. B. Soziale Arbeit, Pflege, Leitungspositionen in Altenhilfe/Gesundheitswesen) oder ein breites Berufsspektrum

²⁹ Notwendigkeit zur Professionalisierung unter anderem infolge demografischer/sozialer Veränderungen; neue Zielgruppen, Aufgaben und Zielsetzung von Altenpolitik/-arbeit; höhere fachliche Anforderungen infolge neuer Handlungsmöglichkeiten/-bedarfe zum Beispiel in der geriatrischen Rehabilitation, in Gesundheitsförderung und Prävention; aufgrund gesetzlicher Änderungen zum Beispiel im SGB XI; arbeits-, sozial-, finanzpolitisch-rechtliche Vorgaben: „Ökonomisierung“; Budgetierung, Neue Steuerungsmodelle; „Fachkräftemangel“ und „Mitarbeiterfluktuation“ in Altenarbeit und Altenpflege (Karl et al. 2002).

³⁰ So zielt beispielsweise auch der Master-Studiengang „Alternde Gesellschaften“ an der TU Dortmund darauf, Studierenden interdisziplinäre und wissenschaftsbasierte alter(n)wissenschaftliche Kenntnisse zu vermitteln, die sie dazu befähigen sollen, in unterschiedlichen beruflichen Gestaltungsfeldern an den Herausforderungen einer alternden Gesellschaft mitzuwirken. Hierbei werden gezielt Studierende, die eine Vertiefung und Erweiterung ihrer Kenntnisse in der Altersforschung anstreben und bereits über grundlegende Kenntnisse in den Sozial- und/oder Verhaltenswissenschaften verfügen, angesprochen. Neben einem interdisziplinären Pflichtbereich, wählen Studierende einen von drei Schwerpunkten für ihr Studium aus (Arbeit, Wirtschaft, Technik in alternden Gesellschaften; Bildung, bürgerschaftliches Engagement und Partizipation in alternden Gesellschaften oder Gesundheitliche, pflegerische Versorgung und Wohlfahrtsmix in alternden Gesellschaften). Quelle: Modulhandbuch des Masterstudiengangs „Alternde Gesellschaften“ an der TU-Dortmund, online verfügbar unter (12/2012) [http://www.fk12.tu-](http://www.fk12.tu-dortmund.de/cms/ISO/Medienpool/Soziale_Gerontologie/120522_Modulhandbuch_Endversion_Interessenten.pdf)

[dortmund.de/cms/ISO/Medienpool/Soziale_Gerontologie/120522_Modulhandbuch_Endversion_Interessenten.pdf](http://www.fk12.tu-dortmund.de/cms/ISO/Medienpool/Soziale_Gerontologie/120522_Modulhandbuch_Endversion_Interessenten.pdf)

³¹ Anzunehmen ist, dass die Umstellungsprozesse mittlerweile abgeschlossen sind, allerdings liegt bislang noch keine Aktualisierung der Bewertung der Studienangebote vor.

³² Konsekutive Studiengänge=Anschlussstudium (Master, direkt im Anschluss an den Bachelor); berufsbegleitende Weiterbildungsstudiengänge (Blockunterricht unterschiedlicher Form z. B. wöchentlich, monatlich) (Backes et al. 2007).



auf (z. B. Planung, Architektur, Bildung, Journalistik, Betriebe, Kommunen). Hervorzuheben ist die Vermittlung von spezifischen Schlüsselqualifikationen in den gerontologischen Studienangeboten der Fachhochschulen; über das traditionelle Begriffsverständnis hinausgehend, umfassen diese beispielsweise folgende Kompetenzen (Backes et al. 2007, 415):

- innovative Lösungen finden,
- projektbezogen Prozesse der Veränderung oder Begleitung organisieren zu können,
- interdisziplinäres Arbeiten kennen zu lernen,
- anwaltschaftliche Tätigkeit für Betroffene ausüben können,
- mit Älteren lernen können.

Mit dieser breiten Varianz unterschiedlicher gerontologischer Qualifizierungsmöglichkeiten und einer zunehmenden Professionalisierung der Gerontologie nimmt Deutschland im Vergleich zu vielen anderen europäischen Ländern eine Vorreiterrolle ein (Heijke 2004).³³

Die neu entstandenen Berufsbilder müssen sich nunmehr auf dem Markt etablieren und die Anschlussfähigkeit der Studieninhalte an die berufliche Praxis unter Beweis stellen. Für die neu eingerichteten konsekutiven und berufsbegleitenden Master Soziale Arbeit im Allgemeinen sowie für entsprechende Angebote mit Schwerpunkt Soziale Gerontologie zeigt sich bislang – infolge gegenwärtiger Unsicherheiten in Bezug auf die Abnahme der Absolventen und ihre Vergütung in der Praxis – ein eher zurückhaltendes Verhalten Studierender und folglich ein Rücklauf der Bewerber- und Studierendenzahlen (Kricheldorf 2010). Allerdings liegen für die neuen Bachelor- und Masterstudiengänge diesbezüglich noch keine Evaluationsergebnisse vor.³⁴ Die Erfahrungen aus dem 2009 eingestellten berufsbegleitenden Weiterbildungsstudiengang Soziale Gerontologie an der Universität Dortmund verdeutlichen jedoch exemplarisch, dass mit dem Studienabschluss nicht nur eine Annahme in der Praxis, sondern auch persönliche und berufliche Veränderungen einhergingen. Neben einem Gewinn an Selbstsicherheit und Professionalität waren auch positive Veränderungen in den beruflichen Tätigkeitsbereichen (u. a. Übernahme von Leitungsfunktionen, Projektmanagement) und tendenziell die Übernahme qualifizierterer Aufgaben und eine Höhergruppierung zu verzeichnen (Weidekamp-Maicher & Naegele 2007).³⁵

46

4.2.2 Die Akademisierung der Gesundheitsberufe

Die Akademisierung der Gesundheitsberufe stellt allgemein eine positive Entwicklung dar, mit der unterschiedliche Erwartungen verbunden sind (SVR 2007). Angesichts des Fachkräftemangels wird mit der Einrichtung beruflicher Weiterentwicklungsmöglichkeiten auch auf akademischem Niveau die Chance gesehen, für Pflegefachkräfte einen Anreiz zum Verbleib im Beruf zu schaffen und die Attraktivität zum Beispiel für die Pflegeberufe zu steigern (ebd.). Darüber hinaus soll der Anschluss an europäische Entwicklungen und Standards³⁶ sicherge-

³³ In vielen europäischen Ländern sind alter(n)srelevante Ausbildungsinhalte als grundlegende Basisqualifikationen in benachbarten Disziplinen verankert; es soll kein neues Berufsbild mit eigenem Anforderungsprofil und entsprechender Berufsbezeichnung geschaffen werden. Gerontologische Handlungsfelder werden von jeher durch Sozialarbeiter, Mediziner und pflegerisch tätige Personen übernommen und sind Teil einer interdisziplinär und integrativ ausgerichteten akademischen Ausbildung, die für sehr breit angelegte Berufsfelder – qualifiziert (Meyer 2000).

³⁴ Im Rahmen der Befragung der Studiengangsleitungen wurde auch nach dem Verbleib von Absolventen gefragt; zudem wurden Ergebnisse von Verbleibsstudien berücksichtigt (vgl. Kap. 6).

³⁵ Eine ausführliche Darstellung von Absolventenbefragungen des gerontologischen Studienangebots der TU Dortmund ist im Anhang hinterlegt.

³⁶ Das in der Akademisierungsdebatte häufig aufgeführte Argument der europäischen Anschlussfähigkeit ist darauf zurückzuführen, dass in den meisten europäischen Ländern die Pflegeausbildung auf akademischem Niveau angesiedelt ist

stellt werden (ebd.; Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2012). Die Befürwortung der generalistischen beruflichen und der universitären Ausbildung in der Pflege soll dazu beitragen, die Durchlässigkeit zwischen beruflichen Ausbildungsmöglichkeiten und Studium zu fördern und einen Beitrag zur Professionalisierung der Pflege- und Gesundheitsberufe zu leisten (Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2012; SVR 2012). Die Akademisierung ist für die einzelnen, bislang nicht-akademischen Gesundheitsberufe unterschiedlich weit vorangeschritten; die längste Akademisierungstradition weisen die Pflegeberufe auf. Die ersten Pflegestudiengänge etablierten sich in Deutschland in den 1970er Jahren, zunächst mit den Schwerpunkten Pflege-Management und Pflegepädagogik. Die Themenfelder sind mittlerweile breit definiert und es existieren bundesweit inzwischen mehr als 50 pflegewissenschaftliche Studiengänge (Fachhochschulen: 41 Bachelorstudiengänge, 1 Masterstudiengang, 7 Diplom/Lehramt-Studiengänge; Universitäten: 7 Bachelorstudiengänge, 11 Masterstudiengänge, 2 Diplom/Lehramt-Studiengänge) (Hochschulkompass der HRK, Stand 17.12.2009, zit. n. Adler & von dem Knesebeck 2010). Kennzeichnend für die in Deutschland noch „junge“ hochschulische Ausbildung der Gesundheitsfachberufe³⁷ ist die Dreiteilung der Ausbildungsmöglichkeiten, wobei berufliche Weiterbildungen auf akademischen Niveau (hochschulrechtlich: Erststudium), primärqualifizierende und ausbildungsintegrierende Studiengänge unterschieden werden (Wissenschaftsrat 2012; vgl. Tab. 3).

Tabelle 3: Hochschulische Ausbildungsmöglichkeiten

| Berufliche Qualifizierung und akademische Weiterbildung | | Entwicklung einschlägiger Studiengänge | |
|---|---|--|---|
| Üblicher beruflicher Qualifizierungsweg | akademische Weiterbildung (Erststudium) | Primärqualifizierend | Ausbildungsintegrierend |
| Ausbildung an berufsbildenden Schulen | pflegewissenschaftliche Studiengänge (seit den 1980er Jahren) | „Ersetzungsmodell“ Berufsgesetzliche Modellklausel (seit 2003) | „Verschränkungsmodell“ |
| | Voraussetzung: abgeschlossene Berufsausbildung | Berufsqualifikation über das Hochschulstudium | Berufsqualifikation über schulische, hochschulische und praktische Ausbildung |
| | Bachelor/Master ³⁸ | duale Ausbildung | triale Ausbildung |
| Schulen zur Ausbildung in Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie | Therapeutische Studiengänge (seit den 1990er Jahren) | „Ersetzungsmodell“ Berufsgesetzliche Modellklausel (seit 2009) | im Aufbau seit 2001 |
| | | Bachelor/Master | |

Quelle: Wissenschaftsrat 2012, 54ff, Moers et al. 2012, eigene Darstellung

(Stöcker 2008). In diesem Zusammenhang ist jedoch eine schlichte Übernahme funktionierender Strukturen aufgrund unterschiedlicher bildungssystemantischer Voraussetzungen nicht möglich: Zum einen ist den meisten Ländern die Pflege- und Gesundheitsausbildung in die nationalen Bildungssysteme integriert, ein Schritt, der in Deutschland erst seit kurzem und recht schleppend nachgeholt wird (Landenberger et al. 2005). Zum anderen findet die Pflegeausbildung häufig deshalb auf Hochschulniveau statt, weil in vielen Ländern die Tradition eines berufsbildenden Ausbildungssystems, wie es in Deutschland existiert, gar nicht besteht und viele Ausbildungen per se auf Hochschulebene angesiedelt sind (ebd.). Bislang erfolgte eine Anpassung der deutschen Pflegeausbildung an europäische Systeme unter Beibehaltung der „Sonderstellung“ der beruflichen Ausbildungsstruktur (Stöcker 2006; Darmann-Finck 2012).

³⁷ Auf eine Darstellung des üblichen beruflichen Qualifizierungswegs für pflegerische und therapeutische Berufe und der schulischen Ausbildungsstrukturen wird an dieser Stelle aus inhaltlichen Gründen verzichtet. Diese sind im Kontext der Expertise nur insofern relevant, als dass berufsgesetzliche Modellklauseln für die Pflege und die therapeutischen Berufe seit 2003 beziehungsweise 2009 eine Öffnung für hochschulische Ausbildungsmöglichkeiten enthalten.

³⁸ Pflegemanagement/-pädagogik oder pflegeübergreifendes Profil



Mit der Novellierung der Berufsgesetze erfolgte auch für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe (z. B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) in den letzten Jahren eine Öffnung zu primärqualifizierenden akademischen Ausbildungsgängen (Deutscher Bundestag 2008b), die für die Pflegestudiengänge bereits seit 2003 galt. Darüber hinaus wurden durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz verstärkt Impulse gesetzt, um Aufgaben in der Gesundheitsversorgung neu zu verteilen, Kompetenzerweiterungen (z. B. in Bezug auf die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten) und mehr Autonomie in der Pflege zu erreichen (Darmann-Finck & Friesacher 2009; Görres 2009).

Die primärqualifizierenden Studiengänge entsprechen dem so genannten „Ersetzungsmodell“ (Moers et al. 2012, 235ff), hier übernimmt die Hochschule anstelle der Berufsfachschule den theoretischen Teil der Ausbildung (Grundlage berufsgesetzliche Modellklausel), die praktische Ausbildung erfolgt in Kooperation mit Gesundheitseinrichtungen. Es handelt sich um eine wissenschaftsgestützte Hochschul- und Berufsausbildung (8 Semester) in Gesamtverantwortung der Hochschule; die Absolvierung der Bachelorprüfung und des staatlichen Examens entspricht internationalen Standards. Vorteilhaft ist die gegenüber den anderen Modellen längere Hochschulsozialisation. Curriculare Begrenzungen einerseits und umfassende Anforderungen an die Studierenden (Doppelstatus: Auszubildender und Studierender) ergeben sich jedoch durch die weiterhin bestehende Bindung an die ausbildungsbezogenen, gesetzlichen Vorgaben und die Notwendigkeit zur Berücksichtigung obligatorischer Lerninhalte und den hohen Anteil der Praxiseinsätze. Zudem zeichnen sich Konkurrenzsituationen zu den weiterhin bestehenden Berufsfachschulen ab; für die durch die Parallelstrukturen bedingten Probleme (u. a. Besetzung pflegfachlicher Stellen in den Hochschulen; Abwertung der Berufsfachschulen und Reduktion des Fachweiterbildungsangebots durch Abwanderung von pflegfachlichem Personal an die Hochschulen) liegen bislang noch keine zufriedenstellenden Lösungen vor.

48

Die in den letzten Jahren in der Pflege entwickelten „dualen“ ausbildungsintegrierenden Studiengänge sind an die europäischen Standards anschlussfähig und ermöglichen neben dem Erwerb des Bachelor-Abschlusses auch die Absolvierung des staatlichen Examens. Sie sollen der internationalen Forderung Rechnung tragen, die höher qualifizierten Pflegekräfte auch in der operativen Pflege einzusetzen (Stöcker & Reinhart 2012; Darmann-Finck 2012; Moers et al. 2012). In den letzten Jahren wurden diese Modelle zunehmend eingerichtet, so dass 2010 beispielsweise 22 dieser ausbildungsintegrierenden Angebote (Studienabschluss: Bachelor) deutschlandweit vorlagen (Stöcker & Reinhart 2012). Bei den ausbildungsintegrierenden Studiengängen kommt dem Verschränkungsmodell Bedeutung zu; dies sieht eine Triangulation zwischen den drei gleichberechtigten Partnern Hochschule, Berufsfachschule und Fachpraxis vor; theoretische und praktische Ausbildung sowie das Studium werden aufeinander abgestimmt (8 Semester). Hier stellen einerseits curriculare Abstimmungen und die hohen Anforderungen an die Studierenden, die sich aus dem Doppelstatus als Auszubildende und Studierende und den unterschiedlichen Lernorten ergeben, besondere Herausforderungen dar. Andererseits eröffnet sich die Chance, die Berufsfachschulen sukzessive in den tertiären Bereich einzugliedern (Moers et al. 2012).³⁹

³⁹ Darüber hinaus setzt das Anerkennungsmodell eine abgeschlossene Pflegeausbildung voraus, an die ein verkürztes Studium (3 - 4 Semester) anschließt (bis zu 50 % der Ausbildungszeit werden anerkannt; keine Vorgaben für den Zeitraum zwischen Ausbildung und Aufnahme des Studiums). Inhaltlich bietet es die Möglichkeit der Nachqualifizierung (wissenschaftsgestützte



In Baden-Württemberg⁴⁰ wird bislang das so genannte „Ergänzungsmodell“ (Moers et al. 2012, 235ff) umgesetzt. Hier kann die Hochschulausbildung direkt nach Abschluss der beruflichen Ausbildung aufgenommen werden, wobei bereits während der Ausbildung das Studium anvisiert und einzelne Leistungen erbracht werden können; das Studium (3 - 4 Semester) kann in Vollzeit oder berufsbegleitend erfolgen und ist ebenfalls verkürzt. Kennzeichnend ist hier – trotz vergleichsweise günstigen Rahmenbedingungen –, dass nach Abschluss der Ausbildung die Aufnahme der Berufstätigkeit - nicht zuletzt aufgrund finanzieller Anreize - gegenüber der Aufnahme/Fortsetzung des Studiums präferiert wird (ebd.).

Erste Erfahrungen mit ausbildungsintegrierenden Modellen in Deutschland zeigen, dass Studierende in der Praxis angenommen werden (Boguth 2011). Dies ist positiv zu bewerten, da zu Beginn der 2000er Jahre Absolventen von Pflegestudiengängen, die keine Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz vorweisen konnten, beispielsweise keine Anstellung in einer leitenden Funktion in einer Einrichtung der Pflege erhielten, da nachgeordnete Regelwerke (beispielsweise der Pflegekassen) dies verwehrten (Theorie-Praxis-Dilemma) (Elzer 2000). Dies gilt für die primärqualifizierenden Studienmodelle weiterhin, da aufgrund des bislang fehlenden Erwerbs der Berufszulassung der Zugang der Absolventen zum Berufsfeld deutlich eingeschränkt ist (Kälble 2008).⁴¹

Auffallend ist, dass die bisherigen Studiengänge vorwiegend Auszubildende beziehungsweise Berufsabsolventen der Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege adressieren. Dies ist insbesondere in den unterschiedlichen schulischen Qualifikationsvoraussetzungen begründet: so liegt bei Bewerbern für die Altenpflegeausbildung mehrheitlich ein mittlerer Schulabschluss vor (mittlere Reife ca. 64 %; Abitur: 8 %), während Auszubildende in der Krankenpflege in der Regel über höhere Schulabschlüsse verfügen (Abitur 28 %). Dementsprechend unterschiedlich fällt das Interesse der Auszubildenden für die Bewerbung um einen Studienplatz aus (Altenpflege: 7 %; Krankenpflege: 15 %). Die Entscheidung der Berufsanfänger für eine Ausbildung in der Krankenpflege ist zudem häufig dadurch motiviert, Wartezeiten für die Zulassung zum Medizinstudium zu überbrücken. Während hier somit von einer insgesamt höheren Studienmotivation auszugehen ist, und entsprechende anschlussfähige Studiengänge bestehen, zeichnet sich für die Altenpflege bislang keine vergleichbare Hochschulausbildungsmöglichkeit ab (Diakonisches Werk der EKD 2005 in Trapp & Klug 2009, 848).

Um auch Altenpflegekräften auf allen Qualifizierungsebenen Aus-, Fort- und Weiterbildungen zu ermöglichen, soll im Rahmen der Weiterentwicklung des Pflegebildungssystems auf Bundes- und Länderebene die Durchlässigkeit, Transparenz und Flexibilität zwischen den Bildungsgängen erhöht werden. Auch in den akademischen Weiterbildungen in der Pflege sol-

Vertiefung von bereits Erlerntem; ansatzweise Spezialisierungen z. B. Beratung, Qualitätsentwicklung); grundsätzliche Vorteile der verkürzten Qualifizierungsphase gehen zu Lasten der Vorbereitung für neue Aufgaben und erfordern zudem ein hohes Engagement der Studierenden (Moers et al. 2012).

⁴⁰ Standorte für das Ergänzungsmodell in Baden- Württemberg sind (Moers et al. 2012): 1) KFH Freiburg Pflegestudiengang: Bachelor nach 4,5 Jahren, Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in, Altenpfleger/in nach 3 Jahren; 2) Hochschule Ravensburg-Weingarten: Bachelor nach 4,5 Jahren, Gesundheits- und Krankenpfleger/in nach 3 Jahren.

⁴¹ Bislang liegen zum Verbleib der Absolventen aus den primärqualifizierenden Angeboten noch keine Erfahrungswerte vor. Beispielsweise wurden die Studienangebote der Hochschule für Gesundheit (Bochum) erst im Wintersemester 2010/2011 eingerichtet, so dass bei einer Regelstudienzeit von sieben Semestern voraussichtlich Mitte 2014 erste Absolventen zu erwarten sind.



len die Übergänge fließender gestaltet werden. Darauf zielt auch die im Dezember 2012 auf Bundesebene vereinbarte „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege 2012-2015“, die von unterschiedlichen Partnern unterstützt wird (z. B. der Bundesregierung, den Ländern und Kommunen, den Wohlfahrtsverbänden, den Verbänden privater Einrichtungsträger, den Fach- und Berufsverbänden der Altenpflege, der Bundesagentur für Arbeit, den Kostenträgern und Gewerkschaften). Die Vereinbarung umfasst diesbezüglich, unter anderem, folgende Zielsetzungen⁴²:

- Verstärkte Ausbildungsanstrengungen und bedarfsorientierte Erhöhung der Ausbildungskapazitäten bei Einrichtungen und Schulen;
- Auf- und Ausbau von Ausbildungsverbänden zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten sowie Pflegeschulen, um mehr regionale Netzwerke zum Arbeitsmarkt Altenpflege zu schaffen und etablieren;
- Erschließung des Nachqualifizierungspotenzials in der Altenpflege: Optimierung von Aufstiegswegen und der Anrechnung von Qualifikationen;
- Berücksichtigung neuer Entwicklungen im Zusammenhang mit dem „Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen“ (DQR) im Beschäftigungsfeld Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen.

50

Neben den Pflegeberufen stellen die therapeutischen Gesundheitsberufe eine auch quantitativ beachtliche Berufsgruppe dar; dabei überwiegen die Physiotherapeuten deutlich gegenüber den anderen therapeutischen Berufen (Walkenhorst & Klemme 2008). Vor dem Hintergrund der Veränderungen im Gesundheitswesen bestehen auch für die therapeutischen Berufe Professionalisierungs- und Akademisierungsbemühungen; damit gehen auch neue Kompetenz- und Qualifikationsanforderungen einher, die für die Ergo- und Physiotherapie wie folgt zusammen gefasst werden können (Walkenhorst 2008, zit. n. Walkenhorst & Klemme 2008, 183): wissenschaftliche Qualifikation und Methodenkompetenz (Durchführung und Bewertung von evidenzbasierten Studien); Kompetenz zur Entwicklung nutzerorientierter Versorgungskonzepte; Kommunikations- und Interaktionskompetenz; Kompetenz zur Zusammenarbeit mit anderen Professionen (u. a. im Rahmen integrierter Versorgung), Interdisziplinarität. Darüber hinaus wirft auch die im Zuge der Professionalisierung angestrebte Unabhängigkeit der therapeutischen Berufe von der ärztlichen Verordnung, die bislang Grundlage für die Behandlung ist, Kompetenzfragen auf (Walkenhorst & Klemme 2008).

Kritisch diskutiert wird in diesem Zusammenhang, inwiefern die Therapeuten für den Erstkontakt zum Patienten befähigt sind beziehungsweise welche qualifikatorischen Voraussetzungen im Sinne formaler Abschlüsse dafür gegeben sein sollten. Außerdem beziehen sich die Überlegungen auf die für den Erstkontakt tatsächlich notwendigen Kompetenzen im Sinne des Clinical Reasoning⁴³ sowie auf haftungsrechtliche Fragen (Walkenhorst & Klemme 2008).

⁴² Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege 2012 - 2015 Vereinbarungstext (2012). Online verfügbar unter (12/2012) http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/vereinbarung-ausbildungs-und-qualifizierungsoffensive_property=pdf_bereich=bmfsfj_sprache=de.rwb=true.pdf

⁴³ Clinical Reasoning (CR) (engl. klinische Argumentation, Schlussfolgerung, Beweisführung): „Gemeint sind damit Denk-, Handlungs- und Entscheidungsprozesse, die klinisch tätige Personen (Mediziner, Pflegepersonal, Therapeuten u. a.) entweder allein oder in der Auseinandersetzung mit Berufskollegen und/oder den Patienten treffen.“ (Beushausen & Walther 2010, 30). CR zielt darauf, „das für den individuellen Patienten bestmögliche Vorgehen im Rahmen der Erkennung und Benennung einer Krankheit, ihrer Behandlung und ihrer Begleitung auch während eines länger andauernden Rehabilitations- und Nachsorgeprozesses zur Verfügung zu stellen.“ (Beushausen 2009, zit. n. Beushausen & Walther 2010).

Seit Ende der 1990er Jahre etablierten sich in Deutschland verschiedene Studienangebote unter anderem für Ergo- und Physiotherapeuten. Ebenso wie in der Pflege stellt sich die Hochschullandschaft für therapeutische Studiengänge heterogen dar (Kälble 2008; Walkenhorst & Klemme 2008). Kooperationsmodelle mit Berufsfachschulen bestehen neben grundständigen Modellen⁴⁴; außerdem sind Kooperationsmodelle zwischen deutschen und niederländischen Hochschulen kennzeichnend (Walkenhorst 2006; Walkenhorst & Klemme 2008).

In den verschiedenen Curricula therapeutischer Studiengänge werden als Handlungsfelder für Absolventen, insbesondere Leitungsfunktionen und Lehrämter, ausgewiesen (Kälble 2003; 2008). Von staatlicher Seite aus waren jedoch lange Zeit keine konkreten Tätigkeitsfelder vorgesehen; der Verbleib der Absolventen sollte sich auf dem Markt regeln (Walkenhorst 2006). Bislang liegen zum Verbleib der Absolventen keine systematischen Erhebungen vor; es gibt jedoch Anhaltspunkte dafür, dass Absolventen ihre praktische Tätigkeit wieder aufnehmen und teilweise mit zusätzlichen neuen Aufgaben (z. B. Leitung, Qualitätsmanagement) betraut werden (Walkenhorst & Klemme 2008). Mangels Beschreibung konkreter Tätigkeitsprofile für akademische Therapeuten bilden sich – ebenso wie in der Pflege – die neuen Aufgaben bislang überwiegend nicht im Rahmen einer qualifikationsbezogenen Vergütung ab (ebd.).

Die ausbildungsintegrierenden und primärqualifizierenden Studienmodelle werden kontrovers diskutiert. Der Wissenschaftsrat befürwortet den „(...) **Ausbau von grundständigen Studiengängen mit dem Ziel eines zur unmittelbaren Tätigkeit am Patienten befähigenden pflege-, therapie- oder hebammenwissenschaftlichen Bachelor-Abschlusses**“⁴⁵.“ (Wissenschaftsrat 2012, 82; Hervorh. i. O.). Abweichend von der Bund-Länder-Kommission zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe sollen nach Auffassung des Wissenschaftsrates keine ausbildungsintegrierten, sondern primärqualifizierende Studienangebote favorisiert werden. Hervorgehoben werden dabei Vorzüge der dualen gegenüber einer trialen Ausbildungsstruktur⁴⁶, da durch die Lösung von berufsgesetzlichen Anforderungen (und damit verbundenen reglementierten inhaltlichen Anforderungen) der Gestaltungsspielraum für den Aufbau wissenschaftlicher Studiengänge sowie die wissenschaftliche Kompetenzvermittlung erweitert werden könne (Wissenschaftsrat 2012). Damit soll zum einen die Anschlussfähigkeit an europäische Studiengänge geschaffen werden; zum anderen soll auch eine bundeseinheitliche Regelung von Ausbildungszielen in den Berufsgesetzen (inkl. Anpassung der Zielsetzung bestehender Hochschulausbildungen) befördert werden (Wissenschaftsrat 2012).

⁴⁴ Bei den therapeutischen Studiengängen werden ebenso wie in der Pflege, unterschiedliche Studienmodelle realisiert; auch hier finden sich duale Studiengänge („ausbildungsintegrierend“), „Anrechnungsmodelle“ (Anrechnung einer vor dem Studium absolvierten Berufsausbildung) und das Modell der akademischen Weiterbildung nach abgeschlossener Berufsausbildung (i. d. R. ohne Anrechnungsmöglichkeiten). Für Letztgenanntes ist jedoch – nicht zuletzt durch die in der Bologna-Reform geforderte Durchlässigkeit und die Diskussion um Anerkennung beruflicher Kompetenzen – zukünftig ein Bedeutungsverlust zu erwarten (Kälble 2008).

⁴⁵ Darüber hinaus soll mittelfristig – im Anschluss an die Bachelorstudiengänge – auch die Einrichtung von konsekutiven Masterstudiengängen in der Pflegewissenschaft (z. B. klinische Pflegeexperten, Pflegeexperten für die Primärversorgung beziehungsweise die gemeindenaher beziehungsweise häusliche Versorgung) sowie für die therapeutischen Berufe erfolgen. Grundsätzlich werden akademische Weiterbildungsmöglichkeiten vorgeschlagen, die für patientenorientierte Tätigkeiten, die Lehre an berufsbildenden Schulen oder für das Gesundheitsmanagement qualifizieren und die Durchlässigkeit zwischen Qualifikationsstufen vorsehen (Bachelor – Master – Promotion) (Wissenschaftsrat 2012).

⁴⁶ Duale Ausbildung: Kooperation von Hochschule und Praxiseinrichtungen; triale Ausbildung: Kooperation von Hochschule, beruflicher Ausbildungsstätte und Praxiseinrichtungen (Wissenschaftsrat 2012).



Positiv hervorzuheben ist, dass auch die verschiedenen Modelle „dualer“ Studiengänge der Forderung Rechnung tragen, den Einsatzbereich akademischer Pflegekräfte – über Funktionen in Management, Leitung und Lehre und Forschung hinausgehend – auch auf die operative Pflege und den direkten Patientenkontakt auszuweiten (SVR 2007). Sie sind an die europäischen Standards anschlussfähig und ermöglichen neben dem Erwerb des Bachelor-Abschlusses auch die Absolvierung des staatlichen Examens. Die Modelle zielen auf eine klinische Ausbildung und bereiten auf patienten-/bewohnerbezogene Aufgaben und den Umgang mit Angehörigen vor. Dies schafft einerseits die Voraussetzung für den „Bachelor am Bett“ (Moers et al. 2012, 245), also für den Einsatz akademischer Pflegefachkräfte in der operativen Pflege; andererseits erfordert dies jedoch auch eine entsprechende Anpassung der konzeptionellen und arbeitsorganisatorischen Rahmenbedingungen in der Praxis (u. a. Orientierung an einem Bezugspflegesystem wie dem Primary Nursing; Stellenbeschreibung für komplexe Aufgaben in der Pflege und entsprechende Anpassung der Vergütung) (Moers et al. 2012). Zum Aufgabenprofil im Sinne der „komplexen Aufgabe in der Pflege“ gehört die „Gestaltung des gesamten Pflegeprozess der Patienten/Bewohner in einem dafür vorgesehenen Bezugspflegesystem“ (Moers et al. 2012, 245). Dies umfasst im Einzelnen die Planung und Durchführung der Pflege in Zusammenarbeit mit Assistenzkräften (inklusive Anleitung und Supervision), die Gestaltung der Versorgungsprozesse (inklusive Kommunikation und Kooperation mit ggf. weiteren beteiligten Professionen) und die Anleitung, Schulung und Beratung des Klientensystems (Patient/Bewohner und Angehörige) (ebd.). Mit der Veränderung der Ausbildungsstrukturen gehen somit weitere Anpassungsbedarfe für die Praxis einher; neben konzeptionell-arbeitsorganisatorischen Veränderungen ist zukünftig auch eine qualifikationsbezogene Anpassung der Vergütung in der Pflege unerlässlich (DBfK 2012; DFPP 2012; Moers et al. 2012).

Im Kontext der dualen Studienmodelle wird auch die bislang uneinheitliche Praxis der Anrechnungsverfahren problematisiert. Um der Forderung nach mehr Durchlässigkeit zwischen den Bildungssektoren – und hier zwischen beruflicher und Hochschulbildung – gerecht zu werden, bestehen in Deutschland gegenwärtig Regelungen (gem. Kultusministerkonferenz (KMK) 2002, zit. n. Kälble 2008), denen zufolge die pflegerische beziehungsweise therapeutische Berufsausbildung mit einem Umfang zwischen 30 bis 50 Prozent auf ein Bachelorstudium angerechnet werden kann. Kritisch zu beurteilen ist dabei die Überprüfung der Äquivalenz von beruflichen und hochschulischen Ausbildungsinhalten und eine – nicht zuletzt durch länderspezifische Auslegung zur Umsetzung der KMK-Vorgaben – je nach Hochschulstandort unterschiedliche Handhabung der Überprüfung (Kälble 2008). Diese „bildungspolitisch attraktiven“ Maßnahmen (Kälble 2008) zur Förderung der Akademisierung bergen somit auch verschiedene Gefahren: „Neben den (...) Chancen einer Aufwertung der nicht-akademischen Ausbildung, den Chancen einer besseren Durchlässigkeit zwischen den Bildungssystemen und der Vermeidung von ‚Dopplungen‘ von Ausbildungsanteilen ist auch die wachsende Gefahr einer ‚Pseudo-Akademisierung‘ (...), die Gefahr einer möglichen Entwertung der grundständigen Hochschulausbildung und die Gefahr einer möglichen Verflachung des hochschulischen Anspruchs- und Wissenschaftsniveaus gegeben.“ (Kälble 2008, 206).⁴⁷ (vgl. hierzu auch Kap.4.3.).

⁴⁷ Auch Regelungen, die für die Gesundheitsberufe in mehreren Bundesländern eine Kopplung von Berufszulassung und Hochschulzugangsberechtigung vorsehen, können zwar im Sinne der Förderung der Durchlässigkeit einerseits positiv bewertet werden, gehen andererseits, unter Umständen jedoch auch mit einer Absenkung der Zulassungsvoraussetzung und einer Entwertung der regulären Zulassungswege der (Fach-)Hochschulreife einher (Bollinger et al. 2006, zit. n. Kälble 2008).

Vor dem Hintergrund der Heterogenität der bisherigen Studienlandschaft wird grundsätzlich eine Vereinheitlichung der akademischen Ausbildung der Gesundheitsberufe als notwendig erachtet (SVR 2007). Diese stellt sich gegenwärtig aufgrund der föderalen Regelungen uneinheitlich dar; Regelungs- und Vereinheitlichungsprozesse erfordern die Zusammenarbeit zwischen Ländern, Hochschulen und Berufsverbänden (ebd.). Mit Blick auf die Verbesserung der Kooperation der Gesundheitsberufe untereinander, wird zudem die Integration der akademisierten Gesundheitsberufe (z. B. Pflegewissenschaft, Physiotherapie) innerhalb medizinischer Fakultäten gefordert⁴⁸; ein Vorteil dessen wird darin gesehen, dass die erforderliche Zusammenarbeit verschiedener Professionen bereits während der Ausbildung und Lehre angebahnt und eingeübt werden kann; außerdem bietet dies auch einen Ansatzpunkt für die multiprofessionelle Forschung (SVR 2007; Wissenschaftsrat 2012). Damit einhergehende Gefahren werden unter anderem in einem möglichen Autonomieverlust der nicht-medizinischen Gesundheitsberufe gesehen; außerdem bleibt bislang unklar, ob und in welcher Form sich die Medizin einbringen wird (Kälble 2008).

Überlegungen zu einer integrierten und gestuften Hochschul-Ausbildung⁴⁹ (Deutscher Bundestag 2007) bieten diesbezüglich insofern einen Lösungsansatz, als dass alle Gesundheitsberufe (einschließlich der Medizin) einbezogen werden sollen. Vor dem Hintergrund eines sich wandelnden gesundheitlichen Versorgungssystems setzten sich bereits Mitte der 1990er Jahre Lehrende und Studierende der Gesundheitswissenschaften mit Fragen der Neuausrichtung der Hochschulausbildung der Gesundheitsberufe auseinander (Göpel 2005). Als förderlich für eine Neuorganisation von Berufspositionen und Ausbildungsgliederungen wurde dabei, neben einer gemeinsamen Grundausbildung, „ein horizontaler Übergang zwischen verwandten Berufen und eine vertikale Durchlässigkeit zwischen verschiedenen Qualifikationsstufen“ (Göpel 2005, 3) angesehen⁵⁰.

53

Damit sind umfangreiche Reformen verbunden, die Aushandlungsprozesse und Umstrukturierungen unter Einbezug unterschiedlicher Akteure erforderlich machen (u. a. Vertreter der Länder, der Gesundheits-/Kultusministerien der Länder, der Hochschulrektorenkonferenz usw.). „Eine systematische, zielorientierte Zusammenarbeit (...) ist notwendig, um das gegenwärtige Zuständigkeits-Wirrwarr in Deutschland zu beenden und die Ausbildung der akademischen und der nichtakademischen Gesundheitsberufe in einen abgestimmten europäischen Kontext zu integrieren. Der Wissenschaftsrat und/oder die BLK sollten eine koordinierende Rolle übernehmen.“ (Göpel 2005, 5).

⁴⁸ Entsprechende Modelle zur berufsübergreifenden Ausbildung für Ärzte, Pflegende und andere Gesundheitsberufe werden in einigen europäischen Ländern bereits umgesetzt (Landenberger et al. 2005)

⁴⁹ Es bestehen zudem verschiedene Modelle für integrierte und abgestufte berufliche Ausbildungsgänge der Gesundheitsberufe, die zum Teil modular gestaltet sind und eine Durchlässigkeit für unterschiedliche Qualifikationsstufen bieten; das Modell der generalistischen Ausbildung der Robert-Bosch-Stiftung (2000, zit. n. Deutscher Bundestag 2007) sieht eine modulare Berufsausbildung oder Studium vor, wobei die Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege integriert werden.

⁵⁰ Im Einklang mit den Bologna-Reformen wurde ein dreistufiges Hochschul-Qualifikationssystem vorgeschlagen (Bachelor, Master, Promotion), das alle Gesundheitsberufe, einschließlich der ärztlichen Ausbildung berücksichtigt. Ausgangspunkt aller Gesundheitsberufe wäre dementsprechend ein gemeinsamer Bachelor „Gesundheitswissenschaften“, der anwendungsbezogen (Bachelor of Arts) oder wissenschaftlich (Bachelor of Science) ausgerichtet sein kann (berufsqualifizierende Kompetenzstufe: „therapeutische oder wissenschaftliche Assistenz (...), die eine eigenständige Tätigkeit unter Aufsicht in umschriebenen Tätigkeitsbereichen ermöglicht.“ (Göpel 2005, 4). Eine weitere Differenzierung wird für das Master-Studium vorgeschlagen, wobei wiederum eine Unterscheidung nach anwendungsorientierter und wissenschaftlicher Ausrichtung vorgesehen wäre (Master of Arts: u. a. mit therapeutischer oder pflegerischer Ausrichtung wie z. B. MA Nursing Care, MA in Physiotherapy; Master of Science: u. a. medizinische Ausrichtung wie z. B. MSc in Medizin-Informatik oder Epidemiologie) (ebd.).



Die Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe ist noch nicht abgeschlossen und ungebrochen aktuell. Bedeutsam sind in diesem Zusammenhang die Arbeiten des Kooperationsverbundes „Hochschulen für Gesundheit e. V.“, die darauf zielen, die ärztliche Ausbildung und die Ausbildung der Gesundheitsberufe insbesondere im Kontext des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) weiterzuentwickeln (Göpel & Hofmann-Kock 2012; vgl. auch Kap. 4.3).

Mit der inhaltlichen Konkretisierung der Qualifikations- und Kompetenzprofile der Gesundheitsberufe geht auch die Notwendigkeit einher, entsprechende Anforderungen und Verantwortlichkeiten rechtsverbindlich festzuschreiben (Robert-Bosch-Stiftung 2011). Insbesondere Berufs- und Fachverbände sollen dazu beitragen, die Aufgaben- und Arbeitsteilung für Ausbildungsgänge unterschiedlicher Niveaus zu definieren (z. B. durch gemeinsam erarbeitete Stellenbeschreibungen) (Dielmann 2011). Problematisch erweist sich dabei, dass die bisherigen ausbildungsrechtlichen Beschreibungen – sofern diese vorliegen – nicht den gleichen Differenzierungsgrad aufweisen wie die Qualifikationsniveaus des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR); somit können diese nicht eindeutig zugeordnet werden (ebd.) (vgl. auch Kap. 4.3.3 zum EQR und DQR).

Neben strukturellen, gesetzlichen und inhaltlichen Fragestellungen ist auch die Bestimmung des quantitativen Bedarfs an akademischen Fachkräften von Bedeutung, die jedoch bislang überwiegend unpräzise und zudem nur für einen Teil von Gesundheitsberufen formuliert wird. Die mangelnde Präzision ist insbesondere einer allgemein als ungenügend zu bezeichnenden Datenlage zur Aus-, Fort- und Weiterbildungssituation der Gesundheitsberufe geschuldet. „Eben an diesen steuerungsrelevanten Informationen aber mangelt es hierzulande weitgehend. [...] Datenquellen, denen bildungsrelevante Informationen über die bundesdeutsche Pflege zu entnehmen wären, beziehen sich allenfalls auf Teilbereiche, sind fragmentarisch oder interessengeleitet und gestatten keine validen oder gar (inter-)national vergleichbaren Aussagen über die Gesamtsituation.“ (Slotala & Ewers 2011, 15) Um die aktuelle Situation sowie zukünftige Entwicklungsbedarfe in den (akademischen) Gesundheitsberufen valide beurteilen zu können, ist auch eine Verbesserung der Datenlage sowohl zur Ausbildungssituation an Hochschulen (Nachfrage, Auslastung, Verbleib der Absolventen) als auch zu den in der Gesundheitsversorgung (akademisch qualifizierten) Beschäftigten erforderlich (Robert-Bosch-Stiftung 2011; Wissenschaftsrat 2012).

Für eine kleinräumige Planung der gesundheitlichen Versorgung auf kommunaler Ebene ist es dabei von Bedeutung, Kennzahlen zur Ausbildung und Beschäftigung dementsprechend regional differenziert auszuweisen (Robert-Bosch-Stiftung 2011; Büscher & Hopfeld 2011). Deshalb sollten solche Verfahren bevorzugt werden, die Auskunft darüber geben, „in welchen Berufen, auf welchen Qualifikationsebenen und in welchen Landkreisen und kreisfreien Städten [...] ein Mangel beziehungsweise ein Überhang an Fachkräften besteht und wie stark dieser Mangel/Überhang quantitativ ausfällt. Nur auf der Basis solcher belastbarer wissenschaftlicher Daten können sinnvolle politische Fachkräftesicherungsmaßnahmen [...] entwickelt und umgesetzt werden“ (Bieräugel et al. 2012a, 11). Von besonderer Bedeutung ist dabei eine nutzerfreundliche Aufbereitung und Verbreitung der Ergebnisse, wenn diese auch von lokalen Akteuren für die Optimierung des Arbeitsmarktes „vor Ort“ genutzt werden sollen (z. B. Bereitstellung regionalisierter Informationen in elektronischer Form) (ebd.).

Einen greifbareren Anhaltspunkt bietet das Gutachten des Wissenschaftsrates (2012). Dieser geht davon aus, dass infolge des zunehmenden Versorgungsbedarfs auch ein Mehrbedarf an Fachkräften⁵¹ zu erwarten ist. Allerdings sei gegenwärtig und zukünftig „eine hochschulische Ausbildung nicht für alle Angehörigen der Gesundheitsfachberufe erforderlich“ (Wissenschaftsrat 2012, 84), sondern vielmehr eine Teilakademisierung der Gesundheitsberufe. Als vordringliche Einsatzfelder akademisch gebildeter Fachkräfte werden neben der Lehre an berufsbildenden Schulen, der Einsatz in multidisziplinäre Teams benannt. „Angesichts des absehbaren Versorgungsbedarfs und des Komplexitätszuwachses in Aufgabenbereichen der Pflege- und Therapieberufe und der Geburtshilfe hält es der Wissenschaftsrat für sinnvoll, zwischen 10 und 20 Prozent eines Jahrgangs in den Pflege- und Therapieberufen und im Hebammenwesen auf hochschulischem Niveau auszubilden. Ein solches Verhältnis wird im Folgenden als eine **Akademisierungsquote zwischen 10 und 20 Prozent** bezeichnet. Das genannte Zielintervall beruht wesentlich auf der Annahme, dass einem typischen multidisziplinären Team aus fünf bis zehn Personen eine höher qualifizierte Fachkraft angehören sollte. Der Wissenschaftsrat ist sich bewusst, dass es sich bei der empfohlenen Akademisierungsquote lediglich um ein erstes Zielintervall handelt, das auf der jetzigen Datengrundlage plausibel erscheint, jedoch im Prozess regelmäßig auf seine Aktualität hin geprüft werden muss.“ (Wissenschaftsrat 2012, 85, Herv. i. O.)

Ausgehend davon, dass somit „nicht jede Tätigkeit (...) den Einsatz einer akademisch ausgebildeten Fachkraft [erfordert]“ (SVR 2007, 100, Zf. 270), besteht auch die Notwendigkeit zur Gestaltung des „Professionsmixes“, sprich eine Abstimmung der qualifikationsbezogenen Aufgabenverteilung zwischen akademischen und nicht-akademischen Gesundheitsberufen. Ziel sollte dabei die gegenseitige Ergänzung sein (SVR 2007). In diesem Zusammenhang ist auch das Verhältnis zwischen Pflege-, Gesundheits- und sozialen Berufen und dem informellen Sektor zu betrachten; dabei ist zu beachten, dass beide Bereiche zwar in einem komplementären Verhältnis zu einander stehen, aber nicht austauschbar sind. Das heißt, dass informelle Tätigkeiten die professionelle Tätigkeit qualitativ und quantitativ nicht ersetzen kann. Herausforderungen liegen zum einen darin, die Zusammenarbeit der beiden Bereiche untereinander zu gestalten; zum anderen kommt den professionell Tätigen auch die Aufgabe der Qualifizierung freiwilliger Helfer zu (Buttner 2012).

55

Auch bei (zunehmender) Befürwortung der Akademisierung der Pflege- und Gesundheitsberufe bleibt zum einen weitgehend offen und unbeantwortet, welchen tatsächlichen Nutzen speziell die Akademisierung der Berufsausbildung für die Versorgungsqualität bietet. Hier besteht weiterhin Forschungsbedarf⁵² (Göpel & Hofmann-Kock 2012; Darmann-Finck 2012). Eine Einschätzung zur Wirkung einer akademischen Erstausbildung von Pflegekräften (Bachelorniveau) auf die Patientenversorgung bietet die Recherche von Darmann-Finck (2012).

⁵¹ Nach Einschätzung des Wissenschaftsrates ist der vielfach postulierte Fachkräftemangel im Gesundheitswesen mit Blick auf die Ärzte und die meisten Gesundheitsberufe insbesondere auf unterschiedliche empirische Zugänge sowie Mängel bei der Datenerfassung und Interpretationen zurückzuführen (Wissenschaftsrat 2012). Grundsätzlich ist zwischen einem Ersatz- und Mehrbedarf zu unterscheiden. Auch wenn zukünftig regionale Verteilungsprobleme auftreten können, und eine bedarfsgerechte Versorgungssteuerung und ein entsprechender Personaleinsatz an Bedeutung gewinnen, sei anzunehmen, dass der Ersatzbedarf (im Sinne eines allgemeinen, altersbedingten Fachkräftemangels) zukünftig gedeckt werden kann. Wahrscheinlicher sei es jedoch, dass aufgrund des zukünftig zu erwartenden Mehrbedarfs an gesundheitlichen Versorgungsleistungen, die auf demografische, epidemiologische und medizinisch-technische Entwicklungen zurückzuführen sind, zukünftig ein höherer Fachkräftebedarf entstehen könnte (Wissenschaftsrat 2012).

⁵² Der Zusammenhang zwischen Personalausstattung, Qualifikation und Ergebnisqualität wird international, zunehmend auch auf mit nationalen Studien belegt (SVR 2012).



Unter Berücksichtigung vorliegender methodischer Limitierungen und der Frage der Übertragbarkeit auf den deutschen Versorgungskontext geben anglo-amerikanische Forschungsarbeiten zumindest einen Hinweis darauf, dass ein positiver Zusammenhang zwischen akademischer Erstausbildung und Patienten-Outcome besteht. Dies spreche auch hierzulande für den Ausbau akademischer Angebote; damit gehe jedoch auch die Notwendigkeit einher, dass unter anderem Berufsverbände und Fachgesellschaften Aufgaben- und Kompetenzprofile für Bachelorabsolventen im Bereich Pflege weiterentwickeln (z. B. Kerncurricula, Fachqualifikationsrahmen) (ebd.).

Zum anderen ist auch zu berücksichtigen, dass – parallel zur Akademisierung – mit der „Delegation der Pflege nach unten“ (Giese 2011, 129) seitens der Politik auch gegenläufige Entwicklungen befördert werden. Ziel dieser Bestrebungen ist es, Langzeitarbeitslose, Menschen ohne beziehungsweise mit geringem Schulabschluss und Menschen ohne Ausbildung „durch spezifische Programme in die Pflege hinein[zu]qualifizier[en]“ (Giese 2011, 131). Diese Strategie offenbart berufsfeldspezifische Schwierigkeiten; so gilt aufgrund der schwierigen Arbeitsbedingungen insbesondere die Altenpflege häufig als unattraktives Arbeitsfeld. Indem die Politik den Bereich der Pflege als Berufsfeld für sogenannte „Arbeitsmarkt- beziehungsweise Bildungsverlierer/innen“⁵³ identifiziert, verhärtet sie den ohnehin schlechten Status und die geringe Wertigkeit des Feldes, welche sich nicht zuletzt durch ein niedriges soziales Ansehen sowie die geringe Entlohnung ausdrückt⁵⁴. Dieses „Imageproblem“ der Pflege, welches durch die Strategie der Dequalifizierung verstärkt wird, führt zu einer geringen Wertschätzung des Bereichs und der in ihm Beschäftigten und schlussendlich auch zu sinkenden Bewerberzahlen (ebd.).

56

Weitere problematische Folgen der Entprofessionalisierung ergeben sich aus damit einhergehenden Konsequenzen für die Qualität der Pflege; hier bedarf es einer gesellschaftlichen Klärung, wem die hoch anspruchsvolle Versorgung und Betreuung vulnerabler und abhängiger Menschen zugetraut werden kann und soll (Giese 2011). Die Forderung nach individueller, qualitativ hochwertiger Pflege rückt zunehmend in das gesellschaftliche Bewusstsein und erfordert von den Pflegekräften ein entsprechendes Anforderungsprofil.⁵⁵

Schließlich sind Pflegefachkräfte zugleich „Fachkräfte für Kommunikation von Pflege, für Pflegeberatung und Anleitung“ (Giese 2011, 134), sowohl in der Zusammenarbeit mit Angehörigen und Laien als auch in qualifikationsgemischten Teams. Unterschiedlich bis gar nicht qualifizierte Helfer benötigen eine klare und individuell ausgerichtete Zuweisung von Aufgaben sowie ständige Beobachtung und Verbesserung. Die Pflegefachkraft muss Fehler und Überforderungen bei anderen bemerken und die Verantwortung, Planung und Evaluation einer qualitativen und personenbezogenen Pflege übernehmen. Um dies konstruktiv zu bewältigen, bedarf es kommunikativer und pädagogischer Fähigkeiten. Die zukünftig in den Pflegeteams in größerem Umfang benötigten „nicht oder gering qualifizierten Pflegehelferinnen“

⁵³ Dem Einwand von Giese (2011), dass der genannten Zielgruppe entsprechender Qualifizierungsprogramme nicht pauschal die Eignung für eine pflegerische Tätigkeit abgesprochen werden soll, wird hier entsprochen.

⁵⁴ Ein großer Teil der in der (Alten-)Pflege Beschäftigten arbeitet, trotz Vollzeitbeschäftigung, für Bruttolöhne, die den Armuts- und Prekärlohnen zugeordnet werden (Giese 2011).

⁵⁵ Zum anderen bedingen arbeitsfeldspezifische Grenzsituationen (z. B. Umgang mit Gebrechlichkeit, Sterblichkeit, „herausforderndes Verhalten“ pflegebedürftiger Menschen) die Notwendigkeit weiterer Kompetenzen wie Empathiefähigkeit, die Fähigkeit, Beziehungen aufzubauen sowie Reflektionsvermögen in Bezug auf das eigene Erleben und den „Erhalt der eigenen Arbeitsfähigkeit“ (Giese 2011, 134).



nen und -helfern sowie Assistentinnen und Assistenten aus allen Bevölkerungsschichten und Gruppen kann sich die Altenpflege auf Dauer nur leisten, wenn die verbleibenden Fachkräfte zunehmend zu wirklichen Pflegeexpertinnen und -experten werden, die auf umfassendes und wissenschaftlich fundiertes Wissen zurückgreifen können.“ (Giese 2011, 137). Der in Folge des Fachkräftemangels unvermeidliche Anstieg von Assistenzkräften in der Pflege sowie die angestrebte Delegation von medizinischen Aufgaben an Pflegefachkräfte werden somit zwangsläufig zu einem größeren Bedarf an höher qualifizierten, auch akademischen Fachkräften, führen; selbst unter Bedingungen der Erweiterung der bisherigen patientenorientierten Studienangebote ist jedoch zukünftig keine Bedarfsdeckung zu erwarten (Moers et al. 2012).

4.3 Zur Durchlässigkeit der Ausbildung in den sozialen Berufen und Gesundheitsberufen – Nationale und internationale Entwicklungen in der (hochschulischen) Bildungslandschaft

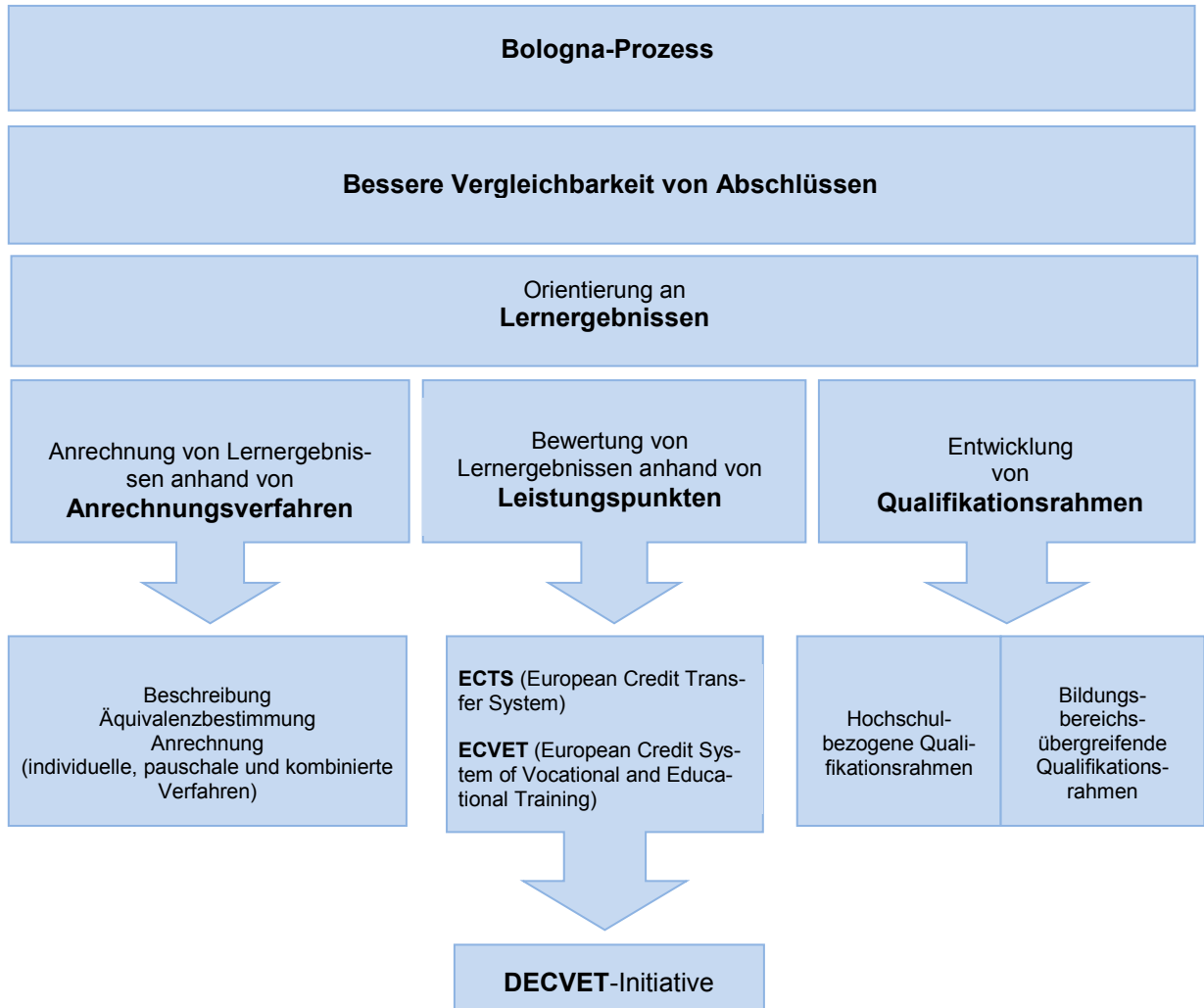
In Deutschland laufen die Prozesse der Akademisierung parallel mit einer insgesamt wachsenden Kritik an dem unverbundenen Nebeneinander beruflicher und akademischer Bildung (Reglin & Severing 2012). Während die steigenden Kompetenzanforderungen in vielen Berufen, und so auch den Pflege- und Gesundheitsberufen, eine zunehmende curriculare Überschneidung in der Hochschul- und Berufsbildung bedingen, bleiben die institutionellen Barrieren zwischen den beiden Bereichen bestehen. In Deutschland herrscht stärker als in anderen Ländern eine „Dichotomie der Bildungssektoren“ (ebd., 11) und die Förderung von Durchlässigkeit „wird in Deutschland mehr als in allen anderen europäischen Staaten durch ein `binäre` Hochschul- und Bildungspolitik erschwert“ (Reglin & Severing 2012, 14). Eine Durchlässigkeit zwischen den Sektoren im Sinne einer Kompensation und Relativierung systemisch erzeugter Grenzen ist erst in Ansätzen zu beobachten (ebd.; vgl. hierzu auch Kap. 4.2). Ein zusätzliches „Durchlässigkeitsproblem“ (Diller 2010, 11) stellt die föderale Zuständigkeit für Bildung dar: je nach Bundesland müssen unterschiedliche Verfahren (Eingangsprüfung, Eignungsgespräch, Probestudium u. ä.) durchlaufen werden, um ohne die „klassische“ Hochschulreife (Abitur) studieren zu können; gleiche Voraussetzungen führen nicht zu gleichen Hochschulzugangsberechtigungen (ebd.).

57

In den letzten Jahren vollziehen sich jedoch in der nationalen und internationalen Bildungslandschaft Entwicklungen, die neben einer besseren internationalen Vergleichbarkeit von Bildungsabschlüssen vor allem auf eine bessere Durchlässigkeit zwischen unterschiedlichen Bildungssystemen zielen. Dies zieht weitreichende Folgen für die Ausbildung in den Sozialen und Gesundheitsberufen nach sich. Aufgrund der hohen Komplexität dieser Prozesse, die zudem größtenteils als noch nicht abgeschlossen gelten können, soll an dieser Stelle lediglich ein Ausschnitt der wichtigsten Entwicklungen skizziert werden, die die bildungspolitische Diskussion in den Sozial- und Gesundheitsberufen beeinflussen. Dazu gehören der Bologna-Prozess und die damit einhergehende Entwicklung von Qualifikationsrahmen und deren fachspezifische Anwendung in den Sozial- und Gesundheitsberufen ebenso wie Regelungen zur Sicherung der Durchlässigkeit zwischen den Bildungsbereichen, die in Deutschland, anders als in anderen europäischen Ländern, jedoch noch nicht systematisch und rechtlich verbindlich geregelt sind. Dementsprechend werden Pilot-Initiativen des Bildungsministeriums sowie exemplarische Maßnahmen aus dem europäischen Ausland vorgestellt (vgl. Abb. 2).



Abbildung 2: Die Förderung von Durchlässigkeit seit der Bologna-Reform – Exemplarische Maßnahmen



58

Quelle: BMBF 2009; AK DQR 2011; BiBB 2011; Reglin & Severing 2012; eigene Darstellung

4.3.1 Bologna und die Entwicklung von Qualifikationsrahmen

Der 1999 durch die Bologna-Erklärung eingeleitete Bologna-Prozess führte zu einer grundlegenden Reform der Studienlandschaft. Er umfasst, unter anderem, folgende Maßnahmen⁵⁶:

- die Einführung eines Systems von leichter anzuerkennenden, transparenteren und besser vergleichbaren Abschlüssen;
- die Einführung eines zweistufigen Systems von Studienabschlüssen, welches einen ersten, berufsqualifizierenden Zyklus von mindestens drei Jahren sowie einen zweiten Zyklus (Master), der den Abschluss des ersten Zyklus voraussetzt, umfasst;

⁵⁶ Bologna-Prozess: Schaffung eines Europäischen Hochschulraums, online verfügbar unter (01/2013) http://europa.eu/legislation_summaries/education_training_youth/lifelong_learning/c11088_de.htm



- die Einführung eines Leistungspunktesystems nach den Modellen ECTS und ECVET⁵⁷ sowie die
- die Initiierung der Entwicklung von Qualifikationsrahmen.

Qualifikationsrahmen bieten mehrstufige Referenzrahmen zur systematischen Beschreibung der Qualifikationen, die ein Bildungssystem hervorbringt. Diese Beschreibung umfasst (AK DQR 2011, 12)

- die Darstellung des Qualifikationsprofils, das ein Absolvent bei Abschluss einer Stufe oder eines gegebenenfalls zugeordneten Abschlusses besitzt;
- eine Auflistung der angestrebten Lernergebnisse (outcomes);
- eine Beschreibung der Kompetenzen und Fertigkeiten, über die ein Absolvent verfügen sollte;
- gegebenenfalls eine Beschreibung der formalen Aspekte eines Ausbildungslevels wie Arbeitsumfang in Leistungspunkten/Credits, Zulassungskriterien, Bezeichnung der Abschlüsse und formale Berechtigungen (dieser Punkt kommt nur zur Anwendung, wenn einer Stufe eines Qualifikationsrahmens Abschlüsse zugeordnet sind).

Vor der Einführung von Qualifikationsrahmen wurden Studien- und Ausbildungsprogramme vor allem durch Inhalte, Zulassungskriterien, Länge und Lernort beschrieben. Qualifikationsrahmen orientieren sich stattdessen an Lernergebnissen (outcomes): ein Bündel von erreichten Lernergebnissen ergibt ein Qualifikationsprofil oder einen Abschluss, welche einer Niveaustufe zugeordnet werden können (BMBF 2009). National und international besteht eine Vielzahl unterschiedlicher Qualifikationsrahmen. Einige sind für die aktuelle bildungspolitische Diskussion sowie für die Akademisierung der Gesundheits- und Sozialberufe von hoher Bedeutung. Diese werden nachfolgend skizziert.

59

Eine wichtige Maßnahme des Bologna-Prozesses war die Einführung eines Qualifikationsrahmens für den Europäischen Hochschulbereich (QF-EHEA) im Jahr 2005, der im gleichen Jahr die Verabschiedung eines entsprechenden nationalen Qualifikationsrahmens für Deutsche Hochschulabschlüsse (QDH) unter Federführung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Kultusministerkonferenz folgte. Diese Referenzrahmen beschränken sich auf Hochschulabschlüsse (wobei grundsätzlich nicht zwischen Fachhochschulen und Universitäten/gleichgestellten Hochschulen unterschieden wird) und legen anhand der Kategorien „Wissen und Verstehen“ und „Können (Wissenserschließung)“ fest, welche Lernergebnisse mit dem erfolgreichen Abschluss eines Studienzyklus Bachelor, Master und Promotion zu erwerben sind. Zudem regeln sie formale Aspekte (wie Zugangsvoraussetzungen, zu erreichende Credits, Anschlussmöglichkeiten). Die fachspezifische Ausgestaltung liegt bei den Fächern und Hochschulen (Europäische Gemeinschaften 2008; AK DQR 2011).

⁵⁷ Für die Erfassung von Kompetenzen und Lernergebnissen wird die Anwendung von Credits im Rahmen des ECTS (European Credit Transfer System) sowie des ECVET (European Credit System of Vocational and Educational Training) vorgeschlagen. Die Credit-Systeme sollen die Transparenz der Lehre und des Lernens in Europa fördern und die Anerkennung von in Studium und Berufsausbildung erworbenen Kompetenzen erleichtern. Zudem sollen sie die Übertragung von Lernerfahrungen zwischen verschiedenen Einrichtungen ermöglichen und somit eine größere Mobilität der Studenten und mehr Flexibilität beim Erwerb von Abschlüssen erreichen (Bologna-Prozess: Schaffung eines Europäischen Hochschulraums, online verfügbar unter http://europa.eu/legislation_summaries/education_training_youth/lifelong_learning/c11088_de.htm; BMBF 2012) (01/2013)



Der QF-EHEA bildet die Grundlage für den Europäischen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR). Der EQR umfasst, im Gegensatz zu den dreistufigen hochschulbezogenen Qualifikationsrahmen, acht Referenzniveaus. Anhand der Kategorien „Fachkompetenz“ (unterteilt in „Wissen“ und „Fertigkeiten“) und „Personale Kompetenz“ (unterteilt in „Sozialkompetenz“ und „Selbstständigkeit“) soll die gesamte Bandbreite von Lernergebnissen aus allgemeiner, beruflicher und hochschulischer Bildung sowie informell erworbene Kompetenzen den Niveaus zugeordnet werden (AK DQR 2011). Der EQR kann somit unter anderem genutzt werden, um unterschiedliche Systeme der allgemeinen und beruflichen Bildung besser miteinander vergleichen und die Anforderungen aufeinander abstimmen zu können. Dadurch soll die „Förderung von Durchlässigkeit, also die Überwindung bestehender Grenzen zwischen den verschiedenen Bildungsbereichen“ (Kraft 2012, 18) und damit ein erleichteter Zugang zum tertiären Bereich erzielt werden.

Der EQR bildet einen freiwilligen Rahmen, dennoch wurde den Ländern empfohlen, ihre nationalen Qualifikationssysteme mithilfe nationaler Qualifikationsrahmen bis 2010 an die europäischen Niveaustufen zu koppeln und bis 2012 Qualifikationsbescheinigungen mit einem Verweis auf den EQR auszustatten⁵⁸.

60

Zu diesem Zweck wurde in Deutschland in Anlehnung an den QDH der Deutsche Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen (DQR) entwickelt. Auch dieser geht über die drei Stufen des hochschulspezifischen QDH hinaus und soll als Orientierungsinstrument betrachtet werden, mit dem vergleichbare Aussagen über unterschiedlichste Lernergebnisse möglich sind (AK DQR 2011). Ebenso wie beim EQR ist jedes der acht Qualifikationsniveau grundsätzlich auf verschiedenen Bildungswegen erreichbar. Eine Niveaustufe bildet somit *gleichwertige*, nicht jedoch *gleichartige* Qualifikationen ab (ebd.). So sind die drei Ebenen Bachelor, Master und Promotion des QDH zwar den Niveaus sechs bis acht des DQR zugeordnet, jedoch lassen die Niveaus auch die Zuordnung gleichwertiger Qualifikationsprofile und Abschlüsse zu. Die bestehenden Zugangsberechtigungen im deutschen Bildungssystem sollen unangetastet bleiben und das Erreichen einer Stufe berechtigt nicht automatisch zum Zugang der nächsten Stufe (ebd.). Die Zuordnung bestehender formaler Abschlüsse wirft Problematiken auf, die auch für die Sozialen und Gesundheitsberufe relevant sind (vgl. Kap. 4.3.2).

4.3.2 Umsetzung von (fachspezifischen) Qualifikationsrahmen in den Gesundheits- und Sozialberufen

Aufgrund ihrer vielfältigen Sonderstellung im Bildungs-, Berufs- und Beschäftigungssystem und der derzeitigen Qualifizierungsdiskussion ist die Integration beruflicher und akademischer Bildung in den Gesundheits- und Sozialberufen besonders schwierig, angesichts steigender Anforderungen im Berufsfeld und des drohenden Fachkräftemangels aber auch besonders nötig (Räbiger & Pehlke-Milde 2009; Grunau & Weyland 2011). Die Umsetzung einheitlicher Qualifikationsrahmen gilt als erfolgsversprechendes Instrument, um die Durchlässigkeit zwischen den unterschiedlichen Bildungsbereichen zu fördern und somit nicht zuletzt

⁵⁸ Der europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen, online verfügbar unter (12/2012) http://ec.europa.eu/education/pub/pdf/general/eqf/leaflet_de.pdf (hier werden auch detaillierte Informationen zu den niveauspezifischen Lernergebnissen dargestellt.)



die akademische Aus- und Weiterbildung von Fachkräften zu sichern (ebd.; EU in Motion 2007 und 2010).

Die Umsetzung des DQR im Sinne einer Zuordnung von fachspezifischen Qualifikationen zu den Niveaustufen des DQR wurde bislang in vier Berufsfeldern, darunter die Gesundheits- und Sozialberufe, erprobt. Aus den Niveauzuordnungen ergeben sich zum Teil kontrovers diskutierte Konsequenzen, welche im Folgenden skizziert werden.

Für die pädagogischen Berufe kann die Niveauzuordnung im Rahmen des DQR zunächst als abgeschlossen gelten (Kraft 2012). Diskutiert wird in diesem Zusammenhang die Wertigkeit der Abschlüsse. Anlass für diese Debatte ist die Zuordnung der Fachschulausbildung zu Stufe 6, auf der gleichzeitig der Bachelorabschluss angesiedelt ist. Die Befürchtung eines dadurch entstehenden Werteverlusts akademischer Ausbildung zeigt die Notwendigkeit einer weiteren Klärung des Prinzips der Gleichwertigkeit, trotz fehlender Gleichartigkeit durch Bildungsanbieter, Arbeitgeber und Arbeitnehmer, auf (Kraft 2012).

Länderspezifische Umsetzungen der Rahmenbedingungen über Einrichtungen der beruflichen Weiterbildung (Fachschulen) erschweren die Akzeptanz sozialpädagogischer Qualifikationen. So können in Baden-Württemberg Teile der formellen Zugangsvoraussetzungen zu einer Fachschule für Sozialpädagogik zum Beispiel durch die „Führung eines Familienhaushalts mit mindestens einem Kind für die Dauer von mindestens drei Jahren“ (ebd., 22) und ein Praktikum ersetzt werden. Hier ist zu diskutieren, inwieweit sich die in einer zweijährigen Ausbildung erworbenen Kompetenzen mit denen vergleichen lassen, die während einer Haushaltsführung erworben wurden (ebd.) und es bedarf nach wie vor einer Klärung der Anrechenbarkeit nicht-formal und informell erworbener Kompetenzen, wie sie unter anderem in den „Empfehlungen der Arbeitsgruppen zur Einbeziehung nicht-formal und informell erworbener Kompetenzen in den DQR“ gefordert wird. Die Arbeitsgruppen setzen sich für eine stärkere Berücksichtigung und Sichtbarmachung von Ergebnissen nicht-formalen und informellen Lernens ein und fordern Standards für eine Kompetenzanalyse (AG DQR 2011). Verfahren aus dem Ausland können hier als Anregung dienen (vgl. Kap. 4.3.3).

61

Eine Erprobung zur fachspezifischen Umsetzung des DQR findet neben den pädagogischen Berufen in den Gesundheitsberufen statt. Wie bereits zuvor verdeutlicht, befindet sich dieser Bereich derzeit in einem umfassenden Umbruchprozess. Dies spiegelt sich in der Tatsache wider, dass für die in Deutschland in den meisten Gesundheitsberufen üblichen drei- oder dreieinhalbjährigen Berufsausbildungen (wie Gesundheits- und Krankenpflege, Physio-/ Ergotherapie, Logopädie) eine endgültige Zuordnung zu einem Qualifikationsniveau noch aussteht. Diese Qualifikationen wurden zunächst auf Niveau 4 eingeordnet, was aber seitens der Berufsverbände kritisiert und als zu niedrig beurteilt und anschließend, zumindest vorläufig, wieder aufgehoben wurde. Zudem wird kritisiert, dass hierdurch nicht der eigentlichen Zielsetzung der Ausrichtung an Lernergebnissen Rechnung getragen werde, sondern „entgegen den Empfehlungen, den Lernorten und der Zeitdauer von Qualifizierungsprozessen“ der Vorrang gegeben werde (AG MTG 2012, 3). Hier bedarf es entsprechender Regelungen, um die „Tradition“ des Lernens auf festgelegten formalen Bildungswegen mit der Annahme, dass Kompetenzen über unterschiedliche Lern- und Bildungswege erworben werden können, zu vereinbaren.



Eine weitere Möglichkeit zur fachspezifischen Anwendung von Qualifikationsrahmen besteht in der Ausgestaltung von Fachqualifikationsrahmen (FQR). Ein FQR stellt ein Instrument dar, das auf eine Fach- beziehungsweise Berufsgruppe zugeschnitten ist. Statt der Zuordnung fachspezifischer Qualifikationsprofile zu den allgemein formulierten Kompetenzen des DQR, liefern FQR Kompetenzbeschreibungen, die für die Fach-/Berufsgruppe relevant und spezifisch sind und darüber sowohl eine Identitätsbildung als auch eine Qualitätssicherung ermöglichen (Walkenhorst & Stubner 2012). FQR sollen einer Konkretisierung und Spezifizierung der abstrakten Qualifikationsrahmen und somit der Nutzung dieser für die Planung von fachspezifischen Bildungsangeboten und Personalentwicklungskonzepten dienen (Knigge-Demal et al. 2011).

Eine Einführung von FQR wird innerhalb der Gesundheitsberufe unter anderem für die Pflege für die hochschulische Bildung, die Therapieberufe, die Psychotherapie sowie die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen angestrebt. Zu diesem Zweck wurden fachspezifische Entwicklungsgruppen unter Federführung der Hochschulen und einiger Berufsverbände ins Leben gerufen (Göpel & Hofmann-Kock 2012⁵⁹). Als Ziele werden die Weiterentwicklung fachlicher Grundlagen und die Entwicklung von Kompetenzprofilen, die Positionsstärkung einzelner Bereiche innerhalb des Gesundheitswesens sowie die Professionalisierung der Gesundheitsberufe insgesamt genannt (ebd.; Hülsken-Giesler et al. in Druck.; Walkenhorst & Stubner 2012).

62

Insbesondere für die hochschulische Ausbildung der Pflegeberufe und therapeutischen Gesundheitsfachberufe sind mit der Einführung von FQR Bestrebungen verbunden, im Hinblick auf die zunehmenden Komplexitätsanforderungen die Akademisierung voranzutreiben, eine Entwicklung und Modernisierung entsprechender Studienprogramme zu unterstützen und deren nationale und internationale Transparenz, Vergleichbarkeit und Durchlässigkeit sicherzustellen durch konkrete Modulbeschreibungen sowie studiengangsspezifische Standards (Hülsken-Giesler et al. in Druck.; Walkenhorst & Stubner 2012).⁶⁰ Hier liegt jedoch ein ausschließlich Bezug zur Hochschulbildung vor.

Der „Entwurf des Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen“ umfasst dagegen auch den Bereich der beruflichen Ausbildung. Anders als in anderen Entwürfen werden hier zunächst die Anforderungen des Beschäftigungsbereichs beschrieben, um in einem zweiten „Arbeitsschritt die Qualifikationen und Kompetenzen auszudifferenzieren, die notwendig sind, um den beschriebenen Anforderungen zu entsprechen“ (Knigge-Demal et al. 2011, 6). Ziel des Entwurfs ist es, die Vielfalt und Heterogenität bestehender Qualifikationen zu ordnen und somit die Vergleichbarkeit und Durchlässigkeit beruflicher und akademischer Qualifizierungen zu verbessern. Qualifikationsprofile sollen modernisiert werden, um den Personaleinsatz systematisch an den Bedarfslagen auszurichten. Insgesamt soll der Qualifikationsrahmen als Instrument zum Personalmanagement, zur Organisationsentwicklung sowie zur Qualitätssicherung im Beschäftigungsbereich sowie als Maßstab für eine adressaten- und anforderungsorientierte, vergleichbare und transparente Bildungsplanung dienen (ebd.).

⁵⁹ Hochschulen für Gesundheit, online verfügbar unter (02/2013) <http://hochges.de/index.php/ueber-uns/kooperationen>

⁶⁰ Entsprechende Modelle sind im Anhang hinterlegt.



Dieser Qualifikationsrahmen beinhaltet in Anlehnung an EQR und DQR acht Niveaustufen. Die Stufen eins bis drei umfassen Unterstützungs- und Betreuungsleistungen in Form von Begleitung und Assistenz von älteren Menschen im Alltag, die Stufen „vier bis acht beziehen sich auf verantwortlich durchzuführendes pflegerisches und pflegewissenschaftliches Handeln“ (ebd., 10). Der Qualifikationsrahmen nimmt keine Zuordnung von Qualifizierungen in Form von Abschlüssen zu den Niveaustufen vor, kann jedoch zur Planung von Curricula herangezogen werden und somit zur Einstufung von Abschlüssen beitragen.

Die „Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse bei Klientengruppen mit hochkomplexen Pflegebedarfen“ (ebd., 45), die Anwendung von Case-Management-Konzepten sowie die Koordination, Steuerung und Leitung von Teams mit unterschiedlichen Qualifikationen und/oder Professionen sind ebenso auf Qualifikationsniveau sechs angesiedelt, wie die „Verantwortung für Beschäftigungs-, Freizeit- und Betreuungskonzepte [...], die den Interessen und Lebenslagen von Klientengruppen entsprechend gestaltet werden und den Aufbau sozialer Netzwerke in Einrichtungen oder Gemeinden beinhalten“ (ebd., 45).

Niveau sieben umfasst die Verantwortung für die pflegerische Leitung in Einrichtungen und beschreibt damit einhergehende komplexe Anforderungen und Aufgaben. Zu diesen gehören klientenbezogene Aufgaben, wie das Führen von Beratungsgesprächen mit Pflegebedürftigen oder Angehörigen, oder die Erhebung von Bedarfen ebenso wie teambezogene oder einrichtungsbezogene Aufgaben (z. B. Maßnahmen zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit des Teams oder der Wirtschaftlichkeit der Einrichtung). Die Verantwortungsübernahme auf diesem Niveau erfolgt „für die kontinuierliche Ausrichtung der einrichtungsbezogenen pflegerischen Versorgung an neuen Erkenntnissen der Pflegewissenschaft und deren Bezugswissenschaften“ (ebd., 52); viele der komplexen Aufgaben erfordern die Kompetenz, den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand eigenständig erheben und auf arbeitsfeldrelevante Problemstellungen anwenden zu können (ebd.). Diese Aufgaben verweisen auf die Zuordnung einer akademischen Ausbildung zu diesem Niveau.

63

Zwar wird der Anspruch erhoben, im Qualifikationsrahmen neben dem Bereich der pflegerischen Kuration auch die Bereiche der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Rehabilitation zusammenzuführen (Eylmann & Knigge-Demal 2011), die Beschreibung von Anforderungen innerhalb von Pflegeprozessen überwiegt jedoch. Wie schon unter Punkt 3.3 beschrieben, bedarf es in einer insgesamt alternden Gesellschaft dringend weiterer Veränderungen in der Gesundheitsversorgung, die darauf gerichtet sind, Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention stärker zu berücksichtigen.

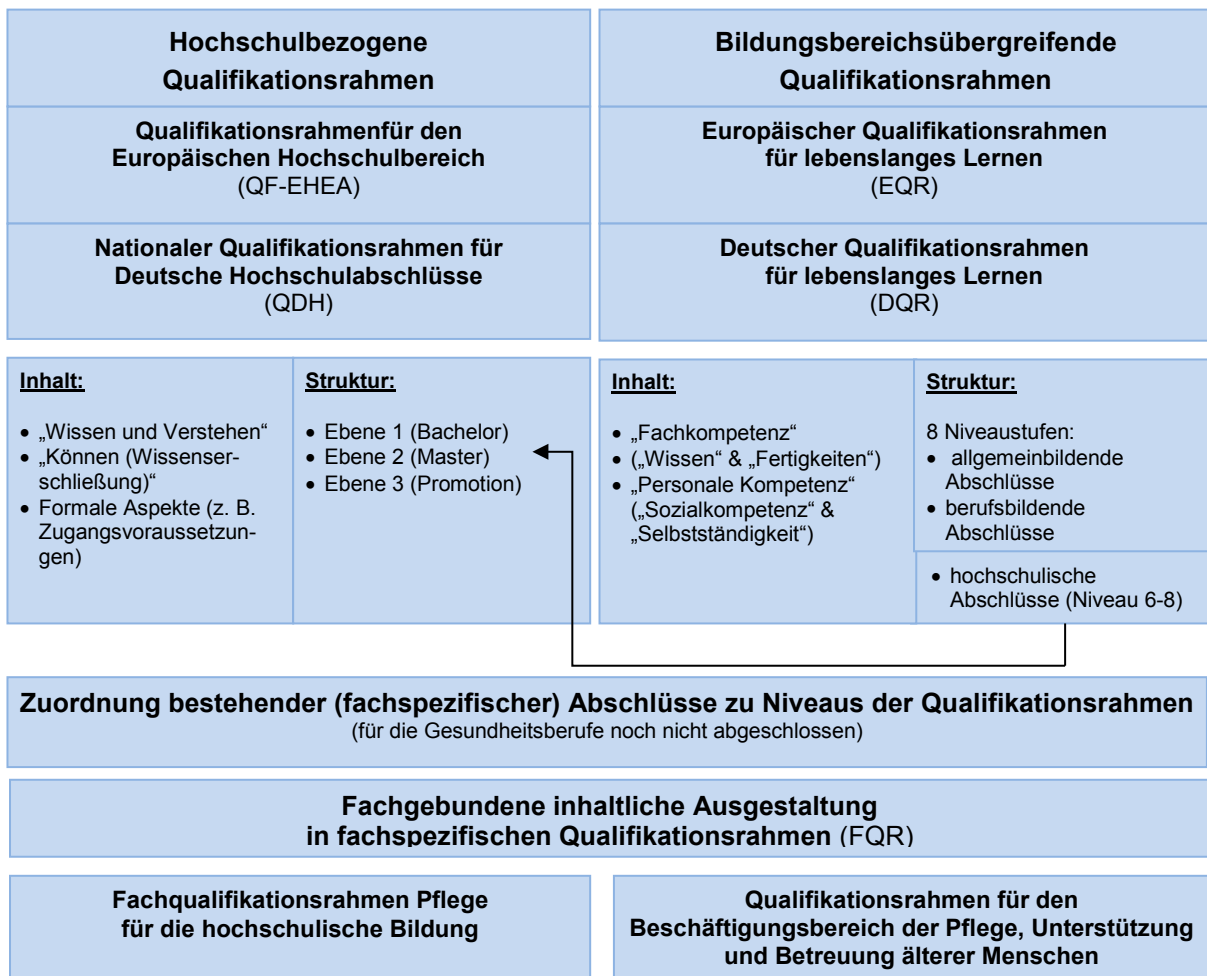
Insgesamt wäre auch für die Pflege- und Gesundheitsberufe ein einheitliches System von Referenzrahmen wünschenswert, welches eine vereinfachte Zuordnung von Qualifikationen ermöglicht⁶¹. Der „Entwurf des Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen“ kann aufgrund seiner Lernergebnisorientierung als ein möglicher Ausgangspunkt betrachtet werden. Auf diese Weise kann der Heterogenität und Vielfalt der bestehenden Aus-, Fort- und Weiterbildungssysteme begegnet und eine höhere Transparenz und Vergleichbarkeit der Abschlüsse geschaffen werden. Für

⁶¹Das von einer Kommission der Robert Bosch-Stiftung für den Bereich der Frühpädagogik entworfene Referenzmodell zur vertikalen und horizontalen Durchlässigkeit, kann Anhaltspunkte für die Gesundheits- und Sozialberufe liefern (Diller 2010).



den Beschäftigungsbereich resultiert hieraus die Möglichkeit einer eindeutigeren Aufgabenverteilung, für den Bereich der Bildung eine verbesserte Durchlässigkeit und damit ein erleichterter Zugang zu (hochschulischen) Weiterbildungsmöglichkeiten. Auf diese Weise kann eine Attraktivitätssteigerung der Gesundheitsberufe für (zukünftige) Beschäftigte erreicht werden. Schließlich bedeutet die Einführung von Qualifikationsrahmen eine Anpassung an internationale Entwicklungen, da in einigen Ländern bereits fachspezifische Referenzrahmen existieren (ebd.; Kap. 4.3.3).

Abbildung 3: Relevante Qualifikationsrahmen für die Durchlässigkeit in Sozialen, Pflege- und Gesundheitsberufen



64

Quelle: AK DQR 2011; Knigge-Demal et al. 2011; Kraft 2012; Hülsken-Giesler et al. in Druck.; Walkenhorst & Stubner 2012; eigene Darstellung

4.3.3 Verfahren zur Förderung der Durchlässigkeit

Neben der Einführung von Qualifikationsrahmen hält das Bildungsministerium zwei weitere Pilot-Initiativen zur Förderung der Durchlässigkeit zwischen unterschiedlichen Bildungsbereichen vor: die DECVET- sowie die ANKOM-Initiative.



Ziel der DECVET-Initiative ist, angelehnt an das durch den Bologna-Prozess angestoßene Credit-System, eine systematische Entwicklung und Erprobung eines Leistungspunktesystems „zur Erfassung, Übertragung und Anrechnung von Lernergebnissen und Kompetenzen“ (BiBB 2011, 372) für die berufliche Bildung. Ebenso wie bei den Qualifikationsrahmen werden in dieser Initiative Qualifikationen unabhängig von Lernort und -kontext in Form von Lernergebnissen beschrieben. Diese Lernergebnisse werden in Lerneinheiten (Units) zusammengefasst, deren Summe eine Gesamtqualifikation abbilden. Da Lernergebnisse an sich schwierig zu vergleichen sind, werden den Units Leistungspunkte/Credits zugeordnet (ebd.; BMBF 2009).

Ziel der ANKOM-Initiative ist, „in der beruflichen (Weiter-)Bildung erworbene Kompetenzen als anrechenbare Studienäquivalente für Hochschulstudiengänge zu identifizieren und entsprechende Anrechnungsmodelle zu entwickeln“ (BMBF 2009, 370).

Grundsätzliche Schritte eines Anrechnungsverfahrens sind (ebd.; Diller 2010; Reglin & Severing 2012):

- Beschreibung der **Lernergebnisse**, die in bisherigen Lernkontexten gesammelt wurden:
- Lernergebnisse gelten als gemeinsame Beschreibungssprache, welche den Übergang zwischen verschiedenen Bereichen erst möglich macht. Daher gilt die Überprüfbarkeit von Lernergebnissen als Voraussetzung für den nächsten Schritt:
- Äquivalenzbestimmung:
- In einem **Inhaltsvergleich** werden zunächst die „Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen, die in den neuen Lernkontext eingebracht werden sollen, material auf die dort [...] verbindlich definierten Lernergebnisse“ bezogen (Reglin & Severing 2012, 9). Im **Niveauvergleich** wird überprüft, „ob anzurechnendes Wissen die von der Zielqualifikation definierte Breite und Tiefe aufweist und ob Handlungskompetenz im jeweils geforderten Umfang erworben wurde“ (ebd., 9). Ziel ist die Überprüfung einer Gleichwertigkeit und somit Vergleichbarkeit der Lernergebnisse.
- Den Maßstab für die Äquivalenzbestimmung gibt die Zielqualifikation, in diesem Fall also die Lernergebnisse der Studiengänge, vor. Auf Grundlage des Äquivalenzurteils erfolgt im letzten Schritt die
- **Anrechnung**: Hier kann zwischen pauschaler und individueller Anrechnung unterschieden werden. Bei pauschalen Verfahren werden beispielsweise anhand von Referenzsystemen generelle Aussagen über das Verhältnis von Bildungsgängen zur Zielqualifikation getroffen⁶². In individualisierten Verfahren finden Einzelfallprüfungen beispielsweise anhand von Zertifikaten, Zeugnissen, Prüfungen oder Portfolios statt. Kombinierte Verfahren verknüpfen beide Wege. Die unterschiedlichen Vorgehensweisen erfordern von den Hochschulen unterschiedlich hohen Aufwand.

Auch europaweit sind die Bestrebungen sehr vielfältig, die Durchlässigkeit zwischen unterschiedlichen Bildungssektoren zu erhöhen. Zur Verbreitung und erst recht zum Nutzen internationaler Anerkennungsverfahren liegen bislang jedoch nur unzureichende Informationen vor. „Der Transfer erfolgreich scheinender Konzepte und das Lernen von den Nachbarn werden zudem durch die unterschiedlichen Strukturen und Verantwortlichkeiten der Bildungs-

⁶² Beispielsweise fordert die Robert Bosch-Stiftung in ihrem Referenzmodell zur vertikalen und horizontalen Durchlässigkeit im Bereich der Frühpädagogik eine länderübergreifend einheitliche Gestaltung der Zugangsbedingungen für Fachschulabsolventen und die Anerkennung des Ausbildungsabschlusses als Zugang zur Hochschule (Diller 2010).



und Berufsbildungssysteme erschwert“ (Gutschow 2010, 22). Ungeachtet dessen sollen an dieser Stelle überblicksartig einige Maßnahmen vorgestellt werden, die einen erleichterten Übergang zwischen unterschiedlichen Bildungssektoren ermöglichen und somit der Förderung von Durchlässigkeit dienen⁶³. Hierzu gehören (Reglin & Severing 2012, 9)

- die Eröffnung alternativer Prüfungszugänge,
- die Schaffung alternativer Zugänge zu Bildungsgängen (bspw. Hochschulzugang für beruflich Qualifizierte) und
- die Erleichterung von Einstieg oder Übergängen in neue Qualifizierungswege durch Anerkennung von Vorqualifikationen.

Die Schaffung alternativer Zugänge zu Prüfungen und Bildungsgängen wird beispielsweise in Großbritannien und Österreich umgesetzt. In Österreich eröffnet die Berufsmatura den Zugang vom dualen Ausbildungssystem zum Hochschulbereich. Zur Prüfung werden erfolgreiche Absolventen einer Berufsausbildung zugelassen. Bereits während der Berufsausbildung können Vorbereitungskurse zur Berufsmatura und erste Prüfungen abgelegt werden. Außerdem werden in Österreich Studienberechtigungsprüfungen angeboten. Diese erteilen jedoch nur einen fachbezogenen Zugang zu der Universität, an der die Prüfung abgelegt wurde. Für den Zugang zur Prüfung ist ein Nachweis über berufliche oder außerberufliche Vorbildung oder den Abschluss von Zusatzprüfungen nötig. Für die Zulassung zu Fachhochschulen reicht zum Teil der Abschluss einer Berufsausbildung⁶⁴. Entsprechende Modellversuche wurden auch in Bayern gestartet: Im Sinne einer Doppelqualifizierung können Schüler der (Kinder-)Krankenpflege im Rahmen der Berufsausbildung durch weiterführende Kurse die Fachhochschulreife erlangen (EU in Motion 2007a). Des Weiteren existiert in Österreich eine Orientierung an Lernergebnissen und Qualifikationsrahmen: Zertifikate non-formaler Bildungswege sollen einem Nationalen Qualifikationsrahmen nach gleichen Kriterien zugeordnet werden, wie formale Qualifikationen. Die Entwicklung von Zuordnungskriterien ist noch nicht abgeschlossen (Gutschow 2010).

66

In Großbritannien ist der Zugang zur Hochschulbildung nicht pauschal von allgemeinen Studienzugangsberechtigungen abhängig, sondern die autonomen Hochschulen entscheiden selbst über die Aufnahme von Studierenden, beispielweise durch Interviews mit den Bewerbern. Viele bieten Universitätsvorbereitungskurse für niedrigqualifizierte Studieninteressierte an (Landenberger et al. 2005). Schottlands Bildungssystem verfügt seit langem über eine Kreditpunkteregelung und einen Qualifikationsrahmen, der alle schulischen, beruflichen und akademischen Qualifikationen und Abschlüsse in einem einheitlichen Rahmen mit zwölf Niveaustufen zusammenfasst und als besonders gelungen gilt. Die Anrechnung von Bildungsleistungen in Form erbrachter Module in jeweils anderen Bildungssystemteilen wird mithilfe des strukturierten Qualifikationsrahmens stark vereinfacht⁶⁵. Des Weiteren existiert in Großbritannien das Nachweissystem APEL (Approval of Experiential Learning), welches die Dokumentation des Berufs- und Lebensweges in Form von Nachweisheften oder Portfolios um-

⁶³ Dass in unterschiedlichen Ländern unterschiedliche bildungspolitische Voraussetzungen herrschen, wurde bereits erläutert. Da diese für die Beschreibung von Anrechnungsverfahren keine explizite Rolle spielen, wird an dieser Stelle auf eine detaillierte Beschreibung länderabhängiger bildungspolitischer Besonderheiten verzichtet. Diese müssten bei der Übertragung von Verfahren jedoch berücksichtigt werden.

⁶⁴ Durchlässigkeit in ausgewählten europäischen Bildungssystemen, verfügbar unter (01/2013)
<http://datenreport.bibb.de/html/3755.htm>

⁶⁵ (ebd.)



fasst. Die dokumentierten Leistungen werden von Universitätskomitees erfasst und anhand des ECTS angerechnet (Landenberger et al. 2005).

Auch in den Niederlanden wird das System des APL angewendet, wobei die Abkürzung hier die „Accreditation of Prior Learning“ beschreibt. Ziel von APL ist die Dokumentation von Kompetenzen, die in variablen formalen, non-formalen oder informellen Lernprozessen erworben wurden und deren Anrechnung für weitere Arbeits- oder Lernzusammenhänge. In Portfolios werden neben einer ausführlichen Beschreibung personaler Angaben umfassende Informationen zu Lern- und Arbeitserfahrungen zusammengefasst und, wo möglich, um Zeugnisse, Zertifikate und so weiter ergänzt. Die Dokumentation informeller Lernprozesse ist ein gleichgewichteter Bestandteil. In einem nächsten Schritt dieser „Wertschätzung des Lernens“ werden Kompetenzen durch offizielle Prüfstellen wie Schulen oder Hochschulen in standardisierten Verfahren akkreditiert und anerkannt (EU in Motion 2007b). Schließlich wird ein individueller Entwicklungsplan erstellt, anhand dessen, noch fehlende Qualifikationen strukturiert werden können (ebd.). Zur besseren Koordinierung von APL-Prozessen, zur Einführung einheitlicher Standards und somit zur Qualitätssicherung von Anrechnungsprozessen wurde das Knowledge Centre APL gegründet. Es sorgt nicht nur für eine weitreichende Verankerung von APL in Bildung und Arbeitsmarkt, sondern hat auch einen Qualifikationsrahmen geschaffen, um Standards und Transparenz in der Anrechnung von Lernergebnissen zu gewährleisten. Das Zentrum wird von der niederländischen Regierung finanziert und unterhält Netzwerke mit wichtigen Vertretern, unter anderem aus Politik, Arbeitsmarkt, Bildung, Arbeitnehmerverbänden, Arbeitsämtern, welche einerseits angeregt werden, APL-Prozesse zu unterstützen und anzuwenden, andererseits an der Entwicklung des Qualifikationsrahmens teilhaben (ebd.).

67

In der Schweiz führen berufliche Grundbildung und Berufserfahrung zur Zulassung zu Prüfungen oder „anderen Qualifikationsverfahren“. Hierzu gehört beispielsweise die Erstellung eines Dossiers, in dem Qualifikationsprofile (beruflich und/oder informell), unterteilt in Handlungskompetenzbereiche, beschrieben und anschließend Qualifikationsniveaus zugeordnet werden (Gutschow 2010). Ein von verschiedenen Vertretern aus Politik und Arbeitswelt erstellter Leitfaden enthält Mindestanforderungen und „Bestehensregeln“ (ebd., 28) die festlegen, welche Niveaus für spezifische Handlungsbereiche erreicht werden müssen. Experten aus Bildungseinrichtungen, Organisationen der Arbeitswelt und ähnlichen beurteilen die Dossiers anhand der Regeln und führen zusätzlich ein Gespräch mit den Kandidaten. Auf dieser Grundlage wird eine Lernleistungsbestätigung erstellt, in der aufgeführt wird, welche Handlungskompetenzbereiche bereits nachgewiesen werden konnten und welche weiteren Prüfungen und Nachweise zu erlangen sind, um ein Zertifikat über die volle Qualifikation zu erhalten (ebd.)

Diese beispielhafte Darstellung unterschiedlicher Verfahren bietet eine erste Orientierung dafür, wie der Übergang zur Hochschule alternativ gestaltet werden kann. Welche Wege der Anrechnung sich in Deutschland durchsetzen, bedarf einer fortwährenden Klärung durch Vertreter der Bildungsanbieter, Arbeitgeber und Politik.

Wie bereits erläutert, sind Äquivalenzbestimmung und Anrechnungsverfahren bislang noch nicht einheitlich geregelt und werden mitunter im Hinblick auf einen potenziellen Werteverlust kritisch beurteilt. Qualifikationsrahmen können die Anrechnungspraxis unterstützen, indem



sie im Zuge der Äquivalenzprüfung als Orientierungsinstrument zur differenzierten Beschreibung und Strukturierung von Lernergebnissen dienen. Dadurch ist ein qualifiziertes Urteil zu Überdeckungsverhältnissen zwischen anrechnungsrelevanten Ausgangs- und Zielqualifikationen möglich und es können Übergangsmöglichkeiten an Schnittstellen definiert werden (Reglin & Severing 2012). Ihre Anwendung wird in den Sozial- und Gesundheitsberufen bereits erprobt.

Die Einrichtung einer (länder-)übergreifenden Koordinierungsstelle unter Einbezug von Fach- und Bildungsexperten kann dabei helfen, die Umsetzung eines berufsgruppenübergreifenden Qualifikationsrahmens weiter voran zu treiben und zu koordinieren. Dies ist insbesondere im Hinblick auf die differente Aufteilung von öffentlich-rechtlichen Zuständigkeiten in den Sozial- und Gesundheitsberufen von Bedeutung: während die Berufsgesetze einschließlich der entsprechenden Ausbildungsregelungen in den Aufgabenbereich des Bundesministeriums für Gesundheit fallen, liegen die Gesetze und Ausbildungsordnungen für den Weiterbildungsbe- reich im Aufgabenbereich der Länder. Der Bildungsbereich insgesamt obliegt dem Bundes- ministerium für Bildung, welches zwar federführend an der Umsetzung einschlägiger Pilot- Initiativen beteiligt ist, nicht jedoch die fachspezifische Anwendung regelt. Bezüglich der För- derung von Durchlässigkeit, beispielsweise durch Anwendung von Qualifikationsrahmen in den Gesundheitsberufen, gibt es also bisher keine Entscheidungsträger oder Interessenver- treter; eine entsprechende Abstimmung der Ministerien steht aus (EU in Motion 2010).

68

Eine Anpassung von Berufsgesetzen, in welchen zukünftig eine lernergebnisorientierte Be- schreibung der Ausbildungs- und Qualifikationsziele sowie die Berufszulassung, nicht aber die Festlegung der Lernorte verankert werden sollte, könnte hierfür einen entscheidenden Antrieb liefern (EU in Motion 2007c und 2010).

Des Weiteren bedarf es einer klärenden Diskussion um die Anerkennung informeller und non-formaler Lernergebnisse. Dazu können einerseits Hochschulen mit zusätzlichen Res- sourcen für Anrechnungsbeauftragte ausgestattet werden, um ein qualitativ abgesichertes individualisiertes Anrechnungsverfahren zu gewährleisten (Diller 2010). Andererseits bedarf es für die pauschale Anerkennung einer nationalen Akkreditierungsstelle und abgestimmter Qualitätssicherungsverfahren, wie sie beispielsweise in den Niederlanden oder Großbritan- nien im Rahmen des AP(E)L bereits umgesetzt werden. Aktuell wird eine Etablierung von APL-Systemen auch in Deutschland diskutiert (EU in Motion 2010).

Bemühungen zur Verbesserung der Durchlässigkeit sollten unbedingt weiter gefördert wer- den, um die institutionelle Entfremdung von beruflicher und akademischer Bildung – auch und gerade in den Sozial- und Gesundheitsberufen – zugunsten ihrer zunehmenden inhaltli- chen Kongruenz zu überwinden (Reglin & Severing 2012). Die vorgestellten Pilot-Initiativen können hierzu als Beispiele dienen. Auch die Landesregierung Baden-Württembergs unter- stützt entsprechende Modellvorhaben, welche in Kap 5.2. skizziert werden.

4.4 Qualifikationsbedarfe für nicht-medizinische akademische Fachkräfte in der Altenhilfe und –pflege

4.4.1 Qualifikation und zukünftige Qualifikationsbedarfe in Baden-Württemberg

Mit der Differenzierung der Themen und Handlungsfelder in der Altenhilfe und Altenpflege müssen auch Überlegungen zu Anforderungen an die Qualifikation entsprechender akademischer Berufsgruppen angestellt werden. Einen Eindruck zu zukünftigen Qualifikationsbedarfen und gegenwärtig in der Altenhilfe und Altenpflege eingesetzten Fachkräften mit akademischer Qualifikation in Baden-Württemberg bietet die hier durchgeführte Expertenbefragung mit ausgewählten Vertretern aus „Politik, Verwaltung und Verbänden“ sowie „Trägern und Einrichtungen“.⁶⁶

(Neue) Aufgaben und Qualifikationsbedarfe Wesentliche Aufgaben akademischer Fachkräfte wurden von den befragten Experten gegenwärtig und zukünftig in der Beratung, im Case- und Care-Management, in der Koordination und Planung sowie im Bereich Leitung und Management gesehen. Während unter den gegenwärtigen Aufgaben auch die (Aus-) Bildung, Lehre und Forschung sowie das Qualitätsmanagement angeführt wurden – für die voraussichtlich auch weiterhin und zukünftig Bedarf bestehen wird – zeigten sich darüber hinaus weitere zukünftige Trends für die spezialisierte, hochkomplexe Pflege, die Steuerung von technischen Systemen sowie die Übernahme ärztlicher Aufgaben (vgl. Tab. 4).

69

Zudem wurden in den Gesprächen Hinweise auf zentrale Kompetenzen und Fähigkeiten gegeben, die für nicht-medizinische akademische Fachkräfte zukünftig erforderlich sind:

- gerontologisch-geriatrische Kompetenz,
- Technikkompetenz: unter anderem Administration, Ambient Assisted Living (AAL⁶⁷),
- Beratungs- und Coachingkompetenz,
- Kommunikations- und Vernetzungskompetenz,
- Soziale Kompetenz und „übergreifende Fähigkeiten“ (Teamfähigkeit, Empathie, Reflektionsvermögen, Abstraktionsvermögen, sich in fachübergreifende Themen einzuarbeiten),
- multidisziplinäre Kompetenzprofile (betriebswirtschaftliches, sozialrechtliches, pflegefachliches und gerontopsychiatrisches, technisches Wissen),
- Marketing- und Medienkompetenz,
- Qualitätsmanagementkompetenz,
- Weiterentwicklungskompetenz (Wandel von Berufsbildern, gesetzliche Reformen z. B. Eingliederungshilfe; neue Zielgruppen z. B. ältere Menschen mit Behinderung; Lebenslanges Lernen),
- Führungs- und Leitungskompetenz,

⁶⁶ Die Auswahl der Experten erfolgte unter Berücksichtigung der für die Altenarbeit und Altenpflege relevanten Handlungsfelder (z. B. kommunale Beratung und Planung, Pflegeeinrichtung, Eingliederungshilfe usw.); mit Unterstützung des Auftraggebers wurden Vertreter der Kostenträger, von Einrichtungen und Diensten und des KVJS sowie aus Politik, (Kommunal-)Verwaltung und Berufs-/Kommunalverbänden ausgewählt und in die Befragung einbezogen (n=22). Eine ausführliche Beschreibung des methodischen Vorgehens der Expertenbefragung und der Auswahl der Gesprächspartner ist im Anhang hinterlegt.

⁶⁷ Der Begriff „Ambient Assisted Living“ (AAL; „Altersgerechte Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben“) bezieht sich auf Konzepte, Produkte und Dienstleistungen, „die neue Technologien und soziales Umfeld miteinander verbinden und verbessern mit dem Ziel, die Lebensqualität für Menschen in allen Lebensabschnitten, vor allem im Alter, zu erhöhen.“ (VDI/VDE-IT 2012, online verfügbar unter (12/2012) <http://www.aal-deutschland.de/>)



- Welfare-Mix-Kompetenz (Management der Erbringung von Hilfeleistungen für eine multiethnische Gesellschaft im Sozialraum).

Tabelle 4: Gegenwärtige und zukünftige Aufgaben nicht-medizinischer akademischer Fachkräfte in der Altenhilfe und Altenpflege

| Gegenwärtige Aufgaben nicht-medizinischer akademischer Fachkräfte | Zukünftige Aufgaben nicht-medizinischer akademischer Fachkräfte |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • (Aus-)Bildung/Lehre/Forschung • Arbeit mit Ehrenamtlichen • Beratung • Case-/Care Management • Koordination und Planung • Leitung und Management • Qualitätsmanagement und -prüfung • Eventmanagement • Rehabilitation • Sozialdienst • (Sturz-)Prophylaxe • Personalverwaltung • Repräsentation und Interessenvertretung | <ul style="list-style-type: none"> • Beratung: Informationsvermittlung, Steuerung von Klienten, Vernetzung von Angeboten, Berücksichtigung der Zielgruppe pflegende Angehörige • Case-/Care-Management: Versorgungssteuerung • Qualitätsmanagement • Koordination und Planung: Altenhilfeplanung, Einsatz ehrenamtlicher Helfer, Hilfemix, Quartiersplanung, Schnittstellenkompetenz • Leitung und Management • spezialisierte, hochkomplexe Pflege • Steuerung von technischen Systemen • Vernetzung • Übernahme ärztlicher Aufgaben |

70

Quelle: FfG, eigene Erhebung, 2012; n= 22

Komplexe Anforderungen - Notwendigkeit zum (vermehrten) Einsatz akademischer Fachkräfte? An die Beschreibung dieser Anforderungen anknüpfend, wurde von mehreren Gesprächspartnern kontrovers thematisiert, ob damit auch eine Notwendigkeit zu einem vermehrten Einsatz akademischer Fachkräfte in der Altenhilfe und Altenpflege einhergeht. Ein Mehrbedarf wurde beispielsweise für akademische Fachkräfte mit sozialarbeiterischer Qualifikation als erforderlich angesehen; dies insbesondere für den Fall, dass sich infolge der zukünftigen Entwicklung der pflegerischen Versorgungsstrukturen ein Mangel an stationären Pflegeplätzen und dementsprechend ein höherer Bedarf an Koordinationsleistungen und Organisation ambulanter Hilfen einstellen wird. „(...) Dann wenn Pflegeplätze knapp werden, oder wenn es keine Mitarbeiter gibt, Pflegemitarbeiter, also von daher ich das nicht beliebig ausbauen kann und man wirklich viel stärker auf einen Hilfemix setzen muss. Wo ich noch stärker schauen muss unter diesem Druck, (...), es gibt zu wenig Pflegeplätze möglicherweise, ja, schauen muss, wie kann ich Selbsthilfekräfte, Potenziale der Angehörigen oder vom sozialen Umfeld mit einem ambulanten Dienst oder mit anderen Diensten kombinieren. Da glaube ich, wird es mehr Koordinationsbedarf geben, und das wird sicher auch eine klassische Aufgabe auch von Sozialarbeit sein. Und das denke ich, wird steigen, wenn es hier eine spürbare Verknappung (an stationären Pflegeplätzen, Anm. d. V.) gibt (...).“ (Interview_02_PVV)



Vereinzelt wurde aus überregionaler Perspektive eingewendet, dass man für die Pflege keinen Trend zur Vollakademisierung sehe; vielmehr werde sich ein Wandel der Berufsbilder einstellen: „(...). Also ich würde jetzt nicht so einen eindeutigen Trend in eine bestimmte Richtung erkennen, so aus meiner Einschätzung. Ich sehe auch keine Akademisierung der Pflege, das sehe ich nicht. Ich denke, ganz im Gegenteil, das Berufsbild, auch des akademischen Personals in der Pflege, wird sich wandeln. Wir werden stärker einen Welfare-Mix bekommen, bin ich überzeugt davon. Und von daher wird das natürlich dann auch Auswirkungen auf das Tätigkeitsfeld haben, die Profis sozusagen werden sich deutlich stärker auch in die Organisation des Ganzen einbringen müssen (...). Also mehr in Richtung Management, Organisationsentwicklung und so weiter wird sich das entwickeln, könnte ich mir zumindest vorstellen.“ (Interview_03_PVV) Man erwartet zwar, dass in bestimmten Funktionen (z. B. Leitung) akademisches Personal eingesetzt werde, aber vermutet im Allgemeinen keinen deutlichen Anstieg akademischer Fachkräfte.

Zu ähnlichen Aussagen kam es auch übergreifend bei den Experten von Einrichtungen und Trägern. So ist in Bezug auf Qualifikationen und Kompetenzen ein höherer Anteil an akademisch ausgebildetem Personal zwar in vielen Bereichen durchaus wünschenswert und auch erforderlich, allerdings unterstreichen die Experten übergreifend den hohen Stellenwert einer praktischen Pflegeausbildung, die es vielmehr gilt, akademisch zu ergänzen. „Also ich denke schon, um Einrichtungen tatsächlich zu leiten, braucht es den notwendigen Sachverstand, um das Handlungsfeld tatsächlich in seinen Bedarfen und in den möglichen Lösungen von Problemen zu betrachten, brauchen wir auch den Master. Also ich denke, das ist einfach eine intellektuelle Leistung, die da getan werden muss, und es braucht dennoch die Fachkompetenz in der Sache. Denn wenn Menschen über die praktische Ausbildung gegangen sind, oder zumindest einen guten Anteil in der praktischen Ausbildung haben, haben sie einen anderen Zugang zu einer Problematik, die sich stellt. Und können andere Lösungswege aufzeigen und Lösungsmöglichkeiten anstreben, die stärker praxisorientiert sind, die stärker problemorientiert sind, lösungsorientiert sind und weniger theoretisch-abstrakt.“ (Interview_06_ET).

71

Deutlich wurde in den Gesprächen, dass neben einer akademischen Ausbildung spezifische, pflegefachliche Vorkenntnisse sowie Berufserfahrung erforderlich sind. Die eigene praktische Pflegeerfahrung stellt dabei eine wichtige Kompetenzerfahrungen, zum Beispiel für künftige Führungsaufgaben und die persönliche Stellung innerhalb der Belegschaft in einer Einrichtung, dar: „Also, ich erinnere mich an eine, die hat eine Stelle als Pflegedienstleitung angenommen, die hat aber in der Praxis nie Mitarbeiterorganisation oder Dienstpläne erstellt, die wusste das nur theoretisch, und das war wirklich traurig zu sehen.“ (Interview_04_ET).

„(...) die Hochschulausbildung ist eben einfach deswegen notwendig, (...), weil eben die Anforderungen sehr komplex sind, also das Altenhilfesystem und auch die Hilfsanfragen sozusagen die da sind, die Situationen, die sind einfach zunehmend komplex, und da muss man einfach das entsprechende Standing und auch Wissen haben.“ (Interview_01_PVV)

„Also da denke ich, das hängt ganz stark mit der Prüfrichtlinie zusammen, nach der wir arbeiten müssen und derzeit ist die sehr stark so pflegefachlich und medizinisch ausgerichtet, also von diesen 82 Fragen im stationären Bereich sind rein 45 schon medizinisch-pflegefachliche Fragestellungen, also das heißt, da muss auf jeden Fall einer da Kenntnisse



mitbringen, wenn sich das Begutachtungsinstrument in Zukunft verändern würde, das mehr so die Alltags- ja die Lebensqualität, ja der Alltag der Bewohner ins Zentrum rücken würde, dann könnte ich mir vorstellen, dass eine Ausschreibung auch etwas anderes machen könnte, aber solange die Grundlage die ist, die wir derzeit haben, müssen einfach Kenntnisse mitgebracht werden, so aus pflegfachlicher Sicht.“ (Interview_10_ET)

Die künftigen Kompetenzanforderungen sind nach Ansicht der Experten auch der zunehmenden Komplexität von Pflegearbeit und Pflegepolitik geschuldet. „(...) Wird sich verändern müssen, ja, die Aufgaben sind ja komplexer geworden, es wird auch das, was die Mitarbeiter bewältigen, in den Einrichtungen, das ist nicht mehr der Status Quo wie vor fünf Jahren, die Verweildauer wird deutlich kürzer auch in den vollstationären Einrichtungen, die Versorgungssituation im ambulanten Bereich durch Multimorbidität ist auch deutlich komplexer geworden, spezifischer geworden, unterschiedliche Hilfebedarfe, die jetzt auch ambulant abgedeckt werden, also es bedarf schon Personen, die in der Lage sind, das Wissen so zu fokussieren, dass es auch aktuell ist und damit auch effizient an der Basis genutzt werden kann im Sinne von Evidence-based Practice und das wird zunehmen werden, also man wird sich heute nicht mehr erlauben können, oder zukünftig nicht mehr erlauben können, eine Tätigkeit durchzuführen, die nicht effizient ist, also da wird deutlich mehr Gewicht drauf gelegt werden und dann sind die Leute gefragt“. (Interview_03_ET)

72

Gegenwärtige nicht-medizinische akademische Qualifikation der Beschäftigten Nach Einschätzung der Interviewpartner weisen Beschäftigte in relevanten Handlungsfeldern der Altenhilfe und Altenpflege gegenwärtig folgende nicht-medizinische akademische Qualifikation auf (Nennung in absteigender Reihenfolge): Pflegemanagement/-wissenschaft/-pädagogik, Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Gerontologie, Betriebs-/Volkswirtschaft, Pädagogik, Verwaltungswissenschaften, Soziologie, Psychologie, Sozialwirtschaft, Physiotherapie (BA, MA), Sozialwissenschaften, und Sonstige (z. B. Kulturwissenschaften, Oecotrophologie, Juristen, Theologie). Die befragten Experten bei „Einrichtungen und Trägern“ weisen zudem darauf hin, dass der Großteil der akademisch ausgebildeten, nicht-medizinischen Fachkräfte zunächst eine pflegerische Ausbildung absolviert und sich dann in einem Studium fortgebildet hat. „Achtzig Prozent kommen aus der Praxis und haben dann ein Studium drauf gesetzt.“ (Interview_03_ET) „Wir haben bei der Einrichtungsleitungsebene eigentlich die grundsätzliche Anforderung, dass das Menschen mit einem Studium sein sollen, und die kommen eher aus der sozialpädagogischen als aus einer anderen Richtung, haben häufig eine Pflegeausbildung und wir haben mittlerweile aber bei den Einrichtungsleitungen auch Personen mit einem pflegeakademischen Abschluss“. (Interview_01_ET)

Anstellungsträger für nicht-medizinische akademische Fachkräfte Im Zusammenhang mit der Beschreibung der gegenwärtigen Qualifikationen wurden von den Befragten auch die möglichen Anstellungsträger für nicht-medizinische akademische Fachkräfte in der Altenhilfe und Altenpflege benannt. Im Einzelnen wurden folgende Institutionen, Dienste und Einrichtungen aufgeführt: ambulante Dienste; Beratungsstellen; Bildungseinrichtungen; Einrichtungen der Behindertenhilfe, der Kinder- und Jugendhilfe; Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen; Krankenhäuser; kirchliche Träger; Kommunalverwaltung/Kommunen; Kranken-/Pflegekassen; Medizinischer Dienst der Krankenversicherung; Ministerien, Stiftungen, Verbände. Für die zukünftige Entwicklung wurden besondere Anstellungspotenziale bei Beratungsstellen, beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und bei Behörden vermu-

tet. „Wo wahrscheinlich auch ein Bedarf ist, aber das sehen wir sehr kritisch natürlich, weil wir eben das Problem haben, dass wir eben auch keine Leute finden oder das es eben schwierig ist, solche Stellen zu besetzen und das sich das eben auf die Leitungsfunktion durchschlägt, ich meine, die MDK, die bauchen natürlich kräftig aus, die haben sehr gute Leute am Bord und die haben oftmals Leute mit einem entsprechenden Studiengang.“ (Interview_09_ET). Ein Ausbau von akademisch ausgebildetem, nicht-medizinischen Personal wird in Einzelfällen besonders in der Heimaufsicht gewünscht: „(...) aber gerade auf der Ebene der Heimaufsichtsbehörden, die ja in die Einrichtungen kommen, die sind ja manchmal komplett fachfremde Leute und das ist da wirklich auch schwierig, also wenn dann da Anforderungen gestellt werden an die Einrichtung irgendwas zu machen, das ist, (...), sage ich mal das pflegerische Know-How, (...), übergeordnet beurteilen zu können, dann manchmal nicht ganz so vorhanden ist. Ich denke, mancher Heimaufsichtsbehörde würde es gut tun, sie hätte so jemanden mit im Team.“ (Interview_09_ET)

4.4.2 Zukünftige Qualifikationsanforderungen für nicht-medizinische akademische Fachkräfte in der Altenhilfe und Altenpflege

Auf der Grundlage der Literaturanalyse und unter Berücksichtigung der Ergebnisse der eigenen Erhebungen können verschiedene Qualifikationsanforderungen für nicht-medizinische akademische Fachkräfte abgeleitet werden. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sind diesbezüglich (neue) Anforderungen zu nennen, die sich

- aufgrund einer „doppelten Orientierung“ kommunaler Altenpolitik und Altenarbeit auf die Umsetzung (neuer) kommunaler Gestaltungsaufgaben beziehen;
- für den operativen Handlungsbereich von Altenhilfe und Altenpflege und den direkten Kontakt mit der älteren Zielgruppe und ihren Angehörigen ergeben;
- infolge der (Neu-)Gestaltung von Versorgungsstrukturen und einer dementsprechenden Anpassung arbeitsorganisatorischer Prozesse abzeichnen. Im Überblick stellen sich diese sowie
- weitere Kompetenzen somit wie folgt dar (vgl. Tab. 5)

73

Tabelle 5: Qualifikationsanforderungen für nicht-medizinische akademische Fachkräfte in der Altenhilfe und Altenpflege

| | |
|--|---|
| Umsetzung neuer kommunaler Gestaltungsaufgaben ⁶⁸ | <ul style="list-style-type: none"> • Analyse- und Planungskompetenz, unter anderem Fähigkeit zur Durchführung einer differenzierten und kleinräumigen Altersstrukturanalyse (Monitoring, Sozial-/Altenberichterstattung) und zur Ableitung demografiesensibler Strukturen, Maßnahmen und Aufgaben; Alten(hilfe)planung; Quartiersplanung und Umsetzung quartiersbezogener Arbeitsansätze; |
|--|---|

⁶⁸ Quelle: Barth & Olbermann 2012; Bogumil et al. 2013; Buttner 2012; Kuhlmann et al. 2012; Naegele 2011; Naegele 2013; Ottensmeier & Rothen 2006; Walker 2002



Umsetzung neuer kommunaler Gestaltungsaufgaben⁶⁹

- **Fähigkeit zur Entwicklung beziehungsweise Anpassung von nutzerorientierten (kommunalen) Diensten und Einrichtungen** auf der Grundlage von Analysen und Planungen, zum Beispiel Schaffung altersgerechter Wohneinheiten und Mobilitätsangebote, sowie differenzierter, sozialer, kultureller, alltags-, bildungs-, generationenbezogener, seniorenwirtschaftlicher sowie gesundheitsfördernder, pflegerischer und gesundheitlicher Angebote, unter anderem durch trägerübergreifende Kooperationen;
- **Organisations-, Koordinations- und Steuerungskompetenz:** Organisieren, Moderieren, Begleiten, Vernetzen, Bündeln und Steuern sozialer und (vor-)pflegerischer Dienste für ältere Menschen;
- **Pädagogische, kommunikative sowie koordinierende Kompetenzen:** Fähigkeit zur niedrigschwelligen, kleinräumigen und zielgerichteten Förderung des Engagementpotenzials Älterer, unter anderem Bereitstellung nachhaltiger Strukturen, die es älteren Bürgern ermöglichen, sich einzubringen (Ressourcen, Kompetenzen); Fähigkeit zur Anleitung, Qualifizierung und Supervision sowie Koordination von ehrenamtlich Tätigen; Empowerment (Befähigung und Motivation zur Aufnahme von Aktivität; Förderung der Eigeninitiative);
- **Beratungskompetenz:** Anleitung, Schulung und Beratung älterer Menschen und ihrer Angehörigen; Informationsvermittlung;
- **Kompetenz zur ressortübergreifenden, interdisziplinären Zusammenarbeit und interkommunalen Kooperation** Kooperationsfähigkeit, Arbeiten in Netzwerken, Gestaltung interkommunaler Kooperationen (u. a. Bündelung von Aufgaben z. B. durch gemeinsame Angebotsentwicklung für die Zielgruppe ältere Menschen).

Direkter Kontakt zur Zielgruppe in Bereichen der Altenhilfe und Altenpflege⁷⁰

- **Kommunikations-/Interaktionskompetenz** im Umgang mit älteren Adressaten sozialer und gesundheitlicher Dienste und Einrichtungen, wobei sich besondere Anforderungen für vulnerable und kommunikationseingeschränkte Zielgruppen Älterer stellen (z. B. demenziell erkrankte Menschen; ältere Menschen mit Migrationshintergrund);
- **Soziale Kompetenzen** (Empathiefähigkeit, Fähigkeit, Beziehungen aufzubauen);
- **Reflektionskompetenz** (Fähigkeit und Bereitschaft, das eigene Erleben und Empfinden zu verarbeiten);

⁶⁹ Quelle: Barth & Olbermann 2012; Bogumil et al. 2013; Buttner 2012; Kuhlmann et al. 2012; Naegele 2011; Naegele 2013; Ottensmeier & Rothen 2006; Walker 2002

⁷⁰ Quelle: Giese 2011; Michel-Auli et al. 2009; Moers et al. 2012; Naegele 2011; Walkenhorst & Klemme 2008; eigene Erhebung 2012



| | |
|---|--|
| Direkter Kontakt zur Zielgruppe in Bereichen der Altenhilfe und Altenpflege ⁷¹ | <ul style="list-style-type: none">• Pädagogische Kompetenz und Beratungskompetenz: Anleitung, Schulung und Beratung des Klientensystems (Patient/Bewohner und Angehörige); Informationsvermittlung, Steuerung von Klienten, Vernetzung von Angeboten (Case Management);• Kompetenzen für den Erstkontakt zwischen Therapeuten und Klienten im Sinne des Clinical Reasoning im Kontext der angestrebten Unabhängigkeit von der ärztlichen Verordnung. |
| Arbeitsorganisatorische Prozesse und Gestaltung von Versorgungsstrukturen in Bereichen der Altenhilfe und Altenpflege ⁷² | <ul style="list-style-type: none">• Pädagogische, kommunikative sowie koordinierende Kompetenzen: Fähigkeit zur Anleitung, Qualifizierung und Supervision von Assistenzkräften sowie ehrenamtlich Tätigen im Rahmen einer qualifikationsorientierten Arbeitsteilung (Professionsmix);• Fähigkeit zur Entwicklung beziehungsweise Anpassung von nutzerorientierten Behandlungs- und Versorgungskonzepten (u. a. auch im Sinne eines kontinuierlichen Qualitätsmanagements) unter Berücksichtigung von Anforderungen evidenzbasierten Handelns sowie zur Entwicklung und Umsetzung (sozialpädagogischer) konzeptioneller Anforderungen in unterschiedlichen Handlungsfeldern der sozialen (Alten-)Arbeit;• Kompetenzen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung in den jeweiligen Arbeitsbezügen, unter anderem zur Umsetzung gesetzlicher Anforderungen (z. B. Expertenstandards);• Fähigkeit zur Anwendung und Steuerung moderner Technologien in den jeweiligen Arbeitsbezügen;• Kompetenz zur interdisziplinären Zusammenarbeit und Gestaltung von Versorgungsprozessen (u. a. im Rahmen integrierter Versorgung): Case-/Care-Management, Übergangs- und Schnittstellenmanagement; Entlass- und Überleitungsmanagement; Fähigkeit zur Prozesssteuerung komplexer Systeme; Vernetzung. |
| Weitere Kompetenzen ⁷³ | <ul style="list-style-type: none">• wissenschaftliche Qualifikation und Methodenkompetenz (u. a. Durchführung und Bewertung von evidenzbasierten Studien);• (spezielle) Schlüsselqualifikationen in den Bereichen Management und Führung; Organisation und Logistik; Entwicklung innovativer Lösungsansätze; Projekt-/Changemanagement, Prozessgestaltung; Übernahme anwaltschaftlicher Tätigkeit für Betroffene; Gestaltung von Lernprozessen für und mit Älteren;• Betriebs-, personalwirtschaftliche und sozialrechtliche Kompetenz; |

⁷¹ Quelle: Giese 2011; Michel-Auli et al. 2009; Moers et al. 2012; Naegelé 2011; Walkenhorst & Klemme 2008; eigene Erhebung 2012

⁷² Quelle: Backes et al. 2007; Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2012; Deutscher Bundestag 2007; Erhard, Ostwald & Franz 2011; Höppner 2007; EU-Kommission 2008; Giese 2011; Kricheldorf 2010; Kuhlmeier et al. 2011; Michel-Auli et al. 2009; Moers et al. 2012; Mühlum 2006; Naegelé 2013; Robert-Bosch-Stiftung 2011; Schweppe 2011; Stöcker & Reinhart 2012; eigene Erhebung 2012

⁷³ Quelle: Aner 2010; Backes et al. 2007; Karl et al. 2002; Walkenhorst & Klemme 2008; eigene Erhebung 2012



Weitere

Kompetenzen⁷⁴

- **gerontologisch-geriatriische Kompetenz(-erweiterung) und Theorie-Praxis-Transfer** gerontologisch-geriatriisches Fachwissen, insbesondere neue (wissenschaftliche) Erkenntnisse unter anderem zu Dekubitusprophylaxe, Ernährungsmanagement, Gerontopsychiatrie, Qualitätsmanagement und Technikeinsatz;
- **Sonstiges:** Aufgeschlossenheit gegenüber neuen Themen und Bereitschaft zur Weiterbildung; rhetorische Fähigkeiten/kommunikative Kompetenzen, Moderationsfähigkeit;
- **praktische Berufs- und Leitungserfahrung** im Handlungsfeld (insbesondere in der Pflege von Bedeutung).

Zwischen den ersten drei Bereichen ergeben sich deutliche Schnittmengen zum Beispiel für die Beratungskompetenz, die pädagogische, kommunikative und koordinierende Kompetenz sowie für die Fähigkeiten zur Entwicklung nutzerorientierter Angebotsgestaltung und Konzeptentwicklung und die interdisziplinäre Zusammenarbeit.

4.5 Zusammenfassung

76

In der Altenhilfe und Altenpflege stellen die Sozialen Dienste für ältere Menschen eines der bedeutsamsten Beschäftigungsfelder dar, das ebenfalls einem Wandel unterliegt; im Kontext der Neukonzeptualisierung kommunaler Altenhilfe und Altenpflege besteht auch hier – wie zuvor für die Altenarbeit und Altenpolitik beschrieben – die Notwendigkeit einer „doppelten Orientierung“. Diese geht mit qualitativen Veränderungen im Sinne einer Ausdifferenzierung der Dienste und Einrichtungen entsprechend der pluralen Lebenslagen im Alter einher; zudem ist der starke quantitative Zuwachs versicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse in diesem Bereich hervorzuheben, der bundesweit und auch in Baden-Württemberg festzustellen ist. Beschäftigte in den Sozialen Diensten werden im Allgemeinen den „Sozialen Berufen“ zugeordnet, wobei in dieser Arbeit dem weitesten Begriffsverständnis folgend darunter Soziale Berufe (z. B. Fachkräfte Sozialer Arbeit) sowie Pflege- und Gesundheitsberufe berücksichtigt werden.

Für die etablierten Studiengänge Sozialer Arbeit ist eine ambivalente Situation festzustellen: einerseits wird aufgrund der Ausdifferenzierung der Handlungsfelder Sozialer Altenarbeit und der zunehmenden „Gerontologisierung“ „klassischer“ Handlungsfelder Sozialer Arbeit ein hoher Ausbildungsbedarf und die entsprechende Anpassung der Studiengänge gefordert; andererseits stehen dem, infolge des Bologna-Prozesses, eine vorwiegend generalistische Ausrichtung der Bachelorstudiengänge und ein insgesamt als gering zu bewertendes Interesse der Studierenden für das Thema „Alter(n)“ gegenüber. Zudem erscheint plausibel, dass die geringe finanzielle und strukturelle Absicherung der Altenhilfe dazu beiträgt, dass dieses Arbeitsfeld für Studierende geringere Attraktivität besitzt. Auch wenn diesbezüglich bei Studierenden gegenwärtig Unsicherheiten und in Folge dessen Zurückhaltung gegenüber einschlägigen, gerontologischen Studienangeboten wahrgenommen werden, bleibt abzuwar-

⁷⁴ Quelle: Aner 2010; Backes et al. 2007; Karl et al. 2002; Walkenhorst & Klemme 2008; eigene Erhebung 2012



ten, wie sich die Akzeptanz der neuen Berufsbilder und der Verbleib der Absolventen in der Praxis zukünftig tatsächlich entwickeln werden.

Die Akademisierung der Pflege- und Gesundheitsberufe stellt eine mögliche Strategie dar, um dem Fachkräftemangel zu begegnen; die Schaffung beruflicher Weiterentwicklungsmöglichkeiten auf akademischen Niveau zielt darauf, den Verbleib im Beruf und die Attraktivität dieses Berufsfeldes zu verbessern. Darüber hinaus sind damit weitere Erwartungen verbunden, wie zum Beispiel die Sicherstellung der Anschlussfähigkeit an internationale Entwicklungen, die Förderung der Durchlässigkeit zwischen beruflichen Ausbildungsmöglichkeiten und Studium sowie die Professionalisierung der Pflege- und Gesundheitsberufe. Gegenüber der als etabliert anzusehenden akademischen Ausbildung Sozialer Arbeit weist die Akademisierung der Gesundheitsberufe in Deutschland eine sehr junge Tradition auf und ist noch nicht abgeschlossen.

Die Etablierung von Studiengängen ist gegenwärtig überwiegend durch modellhafte Bedingungen geprägt; verschiedene Studienmodelle werden dabei parallel realisiert und kontrovers diskutiert. Problematisch – insbesondere für primärqualifizierende Modelle (also ausschließlich hochschulische Ausbildungen) – ist die „Verhaftung“ beziehungsweise das „Festhalten“ an den beruflichen Ausbildungsstrukturen und der damit einhergehenden Berufszulassung, da diese zu Akzeptanzproblemen in der Praxis führen kann. Für die ausbildungsintegrierenden „dualen“ Modelle werden andere Herausforderungen deutlich: so besteht bislang bundesweit noch kein Konsens, wie die Anerkennung nicht-hochschulischer Leistungen (z. B. berufliche Ausbildung, aber auch informelle Bildungsbereiche) in angemessener Weise erfolgen kann, ohne einer „Entwertung“ der Hochschulausbildung Vorschub zu leisten. Gleiches gilt für Überlegungen und Verfahren, die alternativ zu den bisher bestehenden Hochschulzugangsberechtigungen ebenfalls eine bessere Durchlässigkeit erzielen sollen; auch diesbezüglich werden die Gefahren der „Abwertung“ der akademischen Ausbildung benannt. Zudem darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass die dualen Studienmodelle zwar insgesamt zu einer Verkürzung der Ausbildungsdauer beitragen sollen, für Studierende dadurch aber auch mit hohen Belastungen einhergehen können (z. B. Doppelrolle „Studierender/Auszubildender“, unterschiedliche Lernorte).

77

Darüber hinaus zeichnen sich folgende weitere Problemkonstellationen ab: neben der Diskussion von ausbildungsstrukturellen, gesetzlichen und inhaltlichen Anforderungen (z. B. Überlegungen zu einer integrierten und gestuften Hochschul-Ausbildung; inhaltliche Konkretisierung der Qualifikations- und Kompetenzprofile der Gesundheitsberufe, einschließlich gesetzlicher Verankerung; Gestaltung des Professionsmix/qualifikationsbezogene Aufgabenverteilung; qualifikationsbezogene Vergütung), wirft auch die Bestimmung des quantitativen Bedarfs an akademischen Fachkräften Fragen auf, die jedoch bislang überwiegend unpräzise und zudem nur für einen Teil der Gesundheitsberufe beantwortet werden. Die mangelnde Präzision ist insbesondere einer allgemein als ungenügend zu bezeichnenden Datenlage zur Aus-, Fort- und Weiterbildungssituation der Gesundheitsberufe geschuldet. Nationaler Forschungsbedarf besteht zudem speziell für den Nachweis des tatsächlichen Nutzens der Akademisierung der Berufsausbildung für die Versorgungsqualität (insbesondere die Ergebnisqualität).



Im Sinne einer Entprofessionalisierung werden zudem die der Akademisierung gegenläufigen politischen Bestrebungen zur „Delegation nach unten“ problematisiert, die den Einsatz von gering/unqualifizierten Assistenzkräften in der Pflege vorsehen. Dies leistet nicht nur einer weiteren Abwertung des Ansehens des Pflegeberufs Vorschub; letztlich werden damit auch Fragen der Qualität der Pflege aufgeworfen. Dementsprechend kommt einer qualifizierten Anleitung von Assistenzkräften, unter anderem durch akademische Fachkräfte, wesentliche Bedeutung zu; ob der sich unter anderem dadurch abzeichnende höhere Bedarf an akademischen Fachkräften zukünftig gedeckt werden kann, wird dabei eher skeptisch beurteilt.

Aufgrund des Bologna-Prozesses kam es in den vergangenen Jahren zu Umstrukturierungen in der deutschen Hochschullandschaft. Mit den Bologna-Reformen wurden verschiedene Maßnahmen zur Neustrukturierung von Studienabschlüssen realisiert; diese strukturellen Veränderungen sollen zu einer besseren Anerkennung und Vergleichbarkeit von Abschlüssen und somit zu mehr Transparenz beitragen. Mit dem „Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse“ erfolgte eine Neuordnung der hochschulspezifischen Qualifikationsmöglichkeiten; mit dem neu etablierten Bachelor kann nunmehr bereits ein berufsqualifizierender Abschluss erworben werden, an den weitere hochschulische Qualifikationen (Master, Promotion) anschließen können.

78

Darüber hinaus entwickelten sich auf europäischer Ebene „Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen“, die darauf gerichtet sind, Qualifikationen und Abschlüsse unterschiedlicher Bildungssysteme (allgemeine und berufliche Bildung) besser auf einander abzustimmen und insbesondere die Durchlässigkeit zwischen verschiedenen Bildungsbereichen zu verbessern. Der „Deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen“ umfasst acht Niveaustufen und zielt darauf, vergleichbare Aussagen über Lernergebnisse zu treffen, die auf unterschiedlichen Bildungswegen (informelle Lernprozesse; allgemeine, berufliche Bildung, Weiterbildung, Hochschulbildung) erzielt wurden. Eine weitere Konkretisierung erfolgt mit der Entwicklung fachspezifischer Qualifikationsrahmen, die auch für die Pflege- und Gesundheitsberufe erprobt werden. Die Einführung und Erprobung von Qualifikationsrahmen und die Übertragung von europäischen Anforderungen auf das deutsche System sind derzeit noch nicht abgeschlossen und es besteht zu verschiedenen Themen weiterer Klärungsbedarf.

Offen bleibt beispielsweise bislang die Zuordnung von Fachschul- und Bachelorabschlüssen der Pflege- und Gesundheitsberufe zu Niveaustufen der Qualifikationsrahmen. Kontrovers wird diesbezüglich diskutiert, ob diese – dem Prinzip der Gleichwertigkeit trotz fehlender Gleichartigkeit folgend - gemeinsam auf einer Niveaustufe eingeordnet werden können oder sollen. Ebenfalls bleibt zu klären, welche Verfahren zur Förderung der Durchlässigkeit angemessen sind. Besondere Herausforderungen werden darin gesehen, einheitliche Äquivalenzbestimmungen und Anrechnungsverfahren bereit zu stellen, um einer potenziellen „Entwertung“ von Abschlüssen zu begegnen. Europäische Erfahrungen können für die weitere Entwicklung in Deutschland zur Orientierung herangezogen werden, aufgrund unterschiedlicher bildungspolitischer Voraussetzungen jedoch nicht einfach übertragen werden. Es bedarf noch weiterer Anstrengungen, um ein einheitliches System zu schaffen, welches eine vereinfachte Zuordnung von Qualifikationen ermöglicht und die Durchlässigkeit verbessert. Pilot-Initiativen zur besseren Vergleichbarkeit von Lernergebnissen durch die Anwendung von Leistungspunkten/Credits (DEC/VET) sowie zur Entwicklung von Verfahren zur Anrechnung erworbener Kompetenzen und Lernergebnisse (ANKOM) leisten hier einen entscheidenden



Vorstoß. Für den Beschäftigungsbereich ginge mit der Orientierung an Lernergebnisse die Möglichkeit einer eindeutigeren qualifikationsbezogenen Aufgabenverteilung einher, die für die Gestaltung des Professionsmix zukünftig unerlässlich ist; Chancen für den Bereich der Bildung bestehen in einer verbesserten Durchlässigkeit und einem erleichterten Zugang zu (hochschulischen) Weiterbildungsmöglichkeiten. Neben der Klärung öffentlich-rechtlicher und föderaler Zuständigkeiten für die Entwicklung und Umsetzung eines berufsgruppenübergreifenden Qualifikationsrahmens in den Pflege und Gesundheitsberufen bestehen zukünftig weitere Handlungsbedarfe für die Anpassung der Berufsgesetze im Sinne einer lernergebnisorientierten Beschreibung der Ausbildungs- und Qualifikationsziele sowie der Berufszulassung. Außerdem ist ein einheitlicher Umgang mit der Anerkennung informeller und non-formaler Lernergebnisse anzustreben.

Ungeachtet dessen wird zukünftig auch für Baden-Württemberg ein allerdings durch die „Expertenbrille“ schwer zu quantifizierender Bedarf (vgl. die folgende Ausführungen in Kap. 5.3.1) an nicht-medizinischen akademischen Qualifikationen in der Altenhilfe und Altenpflege gesehen; dies bestätigen die Gespräche mit Vertretern aus Kommunen, Verbänden, Einrichtungen und Trägern, die neben einer gerontologisch-geriatrischen Kompetenz, sozialen Kompetenzen sowie multidisziplinären Kompetenzprofilen unter anderem folgende zukünftige Qualifikationsanforderungen und Kompetenzbereiche beschreiben: Technik, Beratung und Coaching, Kommunikation und Vernetzung, Qualitätsmanagement, Führung und Leitung, Gestaltung des Welfare-Mix. Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Literaturanalyse wurden - ohne Anspruch auf Vollständigkeit - Qualifikationsanforderungen für nicht-medizinische akademische Fachkräfte in Altenhilfe und Altenpflege abgeleitet. Dabei können im Zuge der Neukonzeptualisierung kommunaler Seniorenpolitik verschiedene Kompetenzen für die Umsetzung (neuer) kommunaler Gestaltungsaufgaben ebenso identifiziert werden, wie Kompetenzanforderungen für den direkten Kontakt zur älteren Zielgruppe und ihren Angehörigen. Auch für die (Neu-)Gestaltung von Versorgungsstrukturen und einer dementsprechenden Anpassung arbeitsorganisatorischer Prozesse können spezifische Kompetenzen benannt werden.



5 Demografische und (senioren-)politische Entwicklungen und ihre Bewertung in Baden-Württemberg

5.1 Demografische Entwicklung in Baden-Württemberg

Im Folgenden wird die Entwicklung der älteren Bevölkerung in Baden-Württemberg bis zum Jahr 2022 analysiert. Dafür muss zunächst festgelegt werden, welche Personen zur „älteren Bevölkerung“ und somit zur Zielgruppe von Altenhilfe und Altenpflege zählen. Zwar existiert keine verbindliche kalendarische Definition „des Alters“, die gesellschaftliche Konvention von „Alter“ bezieht sich aber zumeist auf die so genannte gesetzliche, das heißt rentenrechtlich festgelegte Altersgrenze, durch welche häufig die Beendigung des Berufs- oder Erwerbslebens bestimmt wird. Auch wenn sich die Tendenzen in diesem Bereich – durch Erhöhung des gesetzlichen Renteneintrittsalters auf 67 Jahre sowie eine Steigerung der Erwerbsquoten in höheren Jahren⁷⁵ – nach oben verschieben, findet sich unterhalb der gesetzlichen Altersgrenze eine große Gruppe von Personen, die, teilweise aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen, endgültig nicht mehr erwerbstätig und somit im konventionellen Sinne „alt“ sind. In die zweite Lebenshälfte – und hier speziell in die nachberufliche Phase – fallen auch weitere Veränderungen, die im Interessensgebiet der gerontologischen Disziplin liegen. Auf diesen Sachverhalt rekurrierend, ist in der Gerontologie seltener von der Bevölkerung jenseits der gesetzlichen Altersgrenze die Rede, wenn „die Älteren“ gemeint sind, als vielmehr von der Altersgruppe ab 60 Jahre, ohne dass dies allerdings als Definitionsversuch gelten kann. Die 60-Jährigen und Älteren werden auch im Kontext dieser Arbeit als eine relevante Zielgruppe angesehen, dies nicht zuletzt, weil diese Altersgruppe von Fachkräften Sozialer Arbeit zum einen mit Angeboten der offenen Altenhilfe adressiert wird; zum anderen sind diese Personen als pflegende Angehörige, beispielsweise aber auch als Adressaten von Maßnahmen der (kommunalen) Gesundheitsförderung als eine bedeutsame (sekundäre) Zielgruppe Sozialer (Alten-)Arbeit anzusehen (Naegele 2011).

80

Die Gruppe der Hochaltrigen (80-Jährigen und Älteren) erfährt in dieser demografischen Analyse ebenfalls eine besondere Betrachtung, da sie einen erhöhten Bedarf an gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung aufweist. So besteht bei Personen dieser Altersgruppe, wie anhand der Pflegestatistik deutlich wird, eine stark erhöhte Wahrscheinlichkeit, Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu müssen: Beispielsweise waren zum Jahresende 2009 bundesweit nur 4,3 Prozent der Altersgruppe zwischen 60 und 80 Jahre in diesem Sinne pflegebedürftig, jedoch 30,7 Prozent der 80-Jährigen und Älteren (StatBA 2011). Ende 2010 waren rund 45,5 Prozent der ambulant und 62,2 Prozent der stationär versorgten Pflegebedürftigen älter als 80 Jahre (TNS Infratest Sozialforschung 2011). Somit bilden die Personen ab 80 Jahre ebenfalls eine signifikante Zielgruppe von professionellen sozialen Diensten insbesondere im sozial-pflegerischen Bereich (Naegele 2011) und dort tätigen nicht-medizinischen akademischen Fachkräften.

Bei der Gruppe der Hochaltrigen wird der Frauenanteil nochmals gesondert betrachtet. Zum einen variiert die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, nicht nur mit dem Alter, sondern auch mit dem Geschlecht und ist in hohem Alter und dann bei Frauen am höchsten

⁷⁵ Anstieg der Erwerbstätigenquote auf 40,8 Prozent der Personen im Alter zwischen 60 und 65 Jahren im Jahr 2010 gegenüber 19,9 Prozent im Jahr 2000 – sowie 71,3 Prozent der Personen im Alter zwischen 55 und 60 Jahren (2010) – verglichen mit 56,5 Prozent (2000) (BA 2011)



(StatBA 2011). So lag beispielsweise Ende 2010 der Frauenanteil bei den stationär versorgten Pflegebedürftigen bei 72,2 Prozent, im ambulanten Bereich bei 61,9 Prozent. Zum anderen geht die „Feminisierung des Alters“ tendenziell mit einer erhöhten Singularisierung oder Individualisierung sowie einem erhöhten Risiko von Altersarmut und somit einer Einschränkung der Lebensqualität bei alten und vor allem hochaltrigen Frauen einher (Schmidt & Schnabel 2006), was auch bei der Gruppe der hochaltrigen Frauen auf einen erhöhten Bedarf an Altenhilfe und Altenpflege schließen lässt.

Die Bevölkerungsstruktur und die Verteilung der zuvor definierten Zielgruppen unterscheiden sich in Baden-Württemberg regional und lokal zum Teil stark und auch die weitere Entwicklung des demografischen Wandels wird zum Teil variieren, wodurch sozialraumspezifische Bedarfe an entsprechenden akademischen Fachkräften entstehen. Ziel dieser demografischen Analyse ist es daher, die Bevölkerungsstruktur und -entwicklung möglichst detailliert zu erfassen, um regionale und lokale Besonderheiten herauszustellen. Daher werden, neben Stadt- und Landkreisen, auch Gemeinden mit einem besonders hohen Anteil älterer Personen mit einbezogen.

Auffällig ist, dass Baden-Württemberg ein vergleichsweise „junges“ Bundesland ist: so fiel hier der Anteil der über 60-Jährigen zur Gesamtbevölkerung im Jahr 2010 niedriger aus als im Bundesdurchschnitt. Während in Baden-Württemberg 25,0 Prozent der Bevölkerung 60 Jahre oder älter waren, waren dies in ganz Deutschland 26,3 Prozent. Dieser Unterschied um 1,3 Prozentpunkte macht bei einer Gesamtbevölkerung des Bundeslandes von 10.723.701 Einwohnern gut 140.000 Personen aus. Dieser Trend nimmt zukünftig jedoch ab: Nach aktuellen Bevölkerungsvorausrechnungen⁷⁶ liegt im Jahr 2012 der Anteil der 60-Jährigen und Älteren in Baden-Württemberg mit 25,9 Prozent der Gesamtbevölkerung nur noch 1,2 Prozent unter dem bundesweiten Bevölkerungsanteil dieser Gruppe von 27,1 Prozent.

81

Im Jahr 2022 wird der Unterschied nur noch 0,7 Prozent bei einem Anteil von 31,0 Prozent (Baden-Württemberg) zu 31,7 Prozent (BRD) der 60-Jährigen und Älteren an der jeweiligen Gesamtbevölkerung betragen. Bei einer voraussichtlichen Gesamtbevölkerung Baden-Württembergs von 10.371.094 machen diese 0,7 Prozentpunkte noch 72.597 Personen aus. Der Anstieg der Älteren (60+) wird in Baden-Württemberg in den nächsten zehn Jahren gut 17 Prozent betragen; der gleichzeitig festzustellende Bevölkerungsrückgang⁷⁷ macht deutlich, dass zukünftig von einem erhöhten Bedarf an Altenhilfe und Altenpflege und entsprechenden akademischen Fachkräften auszugehen ist. Die (absolute wie prozentuale) Zunahme der Hochaltrigen (80+)⁷⁸ unterstreicht diese Annahme. Im Zuge dieser Entwicklung ist

⁷⁶ Bevölkerungsvorausrechnungen liegen immer unterschiedliche Annahmen (beispielsweise bezüglich Wanderung, Geburtenrate, Lebenserwartung) zugrunde. Beim Vergleich von Daten aus unterschiedlichen Berechnungen sollte immer auf die größtmögliche Übereinstimmung dieser Annahmen geachtet werden. Die an dieser Stelle herangezogenen Berechnungen unterscheiden sich unwesentlich in Bezug auf die Wanderungsannahmen.

⁷⁷ Während die Gesamtbevölkerung Baden-Württembergs in den nächsten zehn Jahren voraussichtlich von 10.679.188 um 308.094 Personen oder 2,9 Prozent auf 10.371.094 im Jahr 2022 zurückgeht, steigt die Anzahl der 60-Jährigen und Älteren von 2.736.026 Personen im Jahr 2012 um 475.733 Personen (17,4 %) auf voraussichtlich 3.211.759 im Jahr 2022 (StatLA 2010a; eigene Berechnungen).

⁷⁸ Die Anzahl der 80-Jährigen und Älteren steigt um 211.984 Personen oder 38,3 Prozent von 553.978 im Jahr 2012 auf 765.962 im Jahr 2022. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung des Bundeslandes liegt damit dann bei 7,4 Prozent (im Vergleich zu 5,2 % im Jahr 2012) (StatLA 2010a; eigene Berechnungen).



anzunehmen, dass die in Baden-Württemberg bislang geringe Pflegequote – im Jahr 2009 die geringste Deutschlands⁷⁹ – zunehmen wird.

Tabelle 6: Anteil der 60-Jährigen und Älteren an der jeweiligen Gesamtbevölkerung

| | 2010 | 2012 | 2022 |
|--------------------------|--------|--------|--------|
| Baden-Württemberg | 25,0 % | 25,9 % | 31,0 % |
| Deutschland | 26,3 % | 27,1 % | 31,7 % |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2010; eigene Berechnungen

Wie die Abbildungen 4 und 5 zeigen, ist der Westen Baden-Württembergs insgesamt „älter“ als der Osten des Bundeslandes. Dabei werden der Stadtkreis Baden-Baden (38,0 %) und der Landkreis Rastatt (33,3 %) 2022 voraussichtlich die höchsten Anteile an Personen über 60 Jahre vorweisen, gefolgt vom Rhein-Neckar-Kreis (32,9 %), dem Landkreis Karlsruhe (32,7 %) und dem Schwarzwald-Baar-Kreis (32,6 %). Die Universitätsregionen Heidelberg (27,2 %), Freiburg im Breisgau (27,4 %), Ulm (28,89 %) und Tübingen (28,92 %) haben die niedrigsten Anteile von 60-Jährigen und Älteren, gefolgt von den westlich gelegenen Kreisen Biberach (28,93 %) und Alb-Donau (29,29 %). Der durchschnittliche Anteil der Altersgruppe 60+ liegt für die Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs im Jahr 2022 bei voraussichtlich 31,1 Prozent.

82

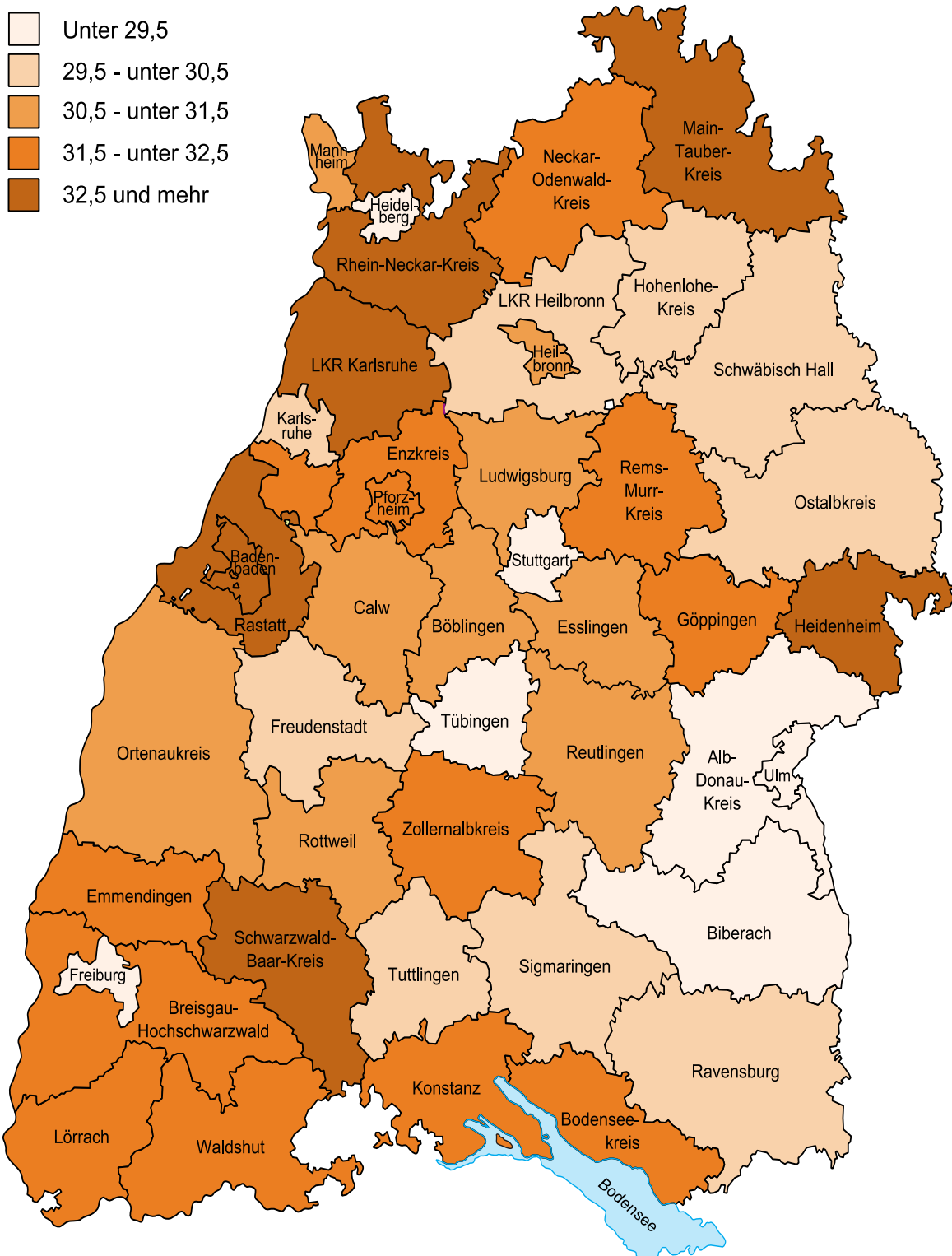
Beachtlich ist der überdurchschnittlich hohe Anteil an 60-Jährigen und Älteren in einigen Gemeinden. So liegt ihr Anteil in der Gemeinde Büsingen am Hochrhein im Kreis Konstanz bei voraussichtlich 44,1 Prozent, was bei einer Bevölkerung von 1.230 Personen immerhin 542 Ältere ausmacht. Auch in den Gemeinden Gaienhofen (Konstanz), Badenweiler (Breisgau-Hochschwarzwald) und Ibach (Waldshut) werden die Anteile der 60-Jährigen und Älteren voraussichtlich bei über 40 Prozent liegen.

Ähnlich gestaltet sich die Verteilung der Hochaltrigen: Bei einem durchschnittlichen Anteil der über 80-Jährigen an der Gesamtbevölkerung Baden-Württembergs von voraussichtlich 7,4 Prozent im Jahr 2022 weisen Tübingen (5,8 %), Freiburg (5,8 %), Heidelberg (5,9 %) und Biberach (6,6 %) die niedrigsten Anteile auf, Baden-Baden (10,5 %), der Schwarzwald-Baar-Kreis (8,3 %) und der Kreis Heidenheim (8,2 %) die höchsten. Gemeinden, in denen der Anteil der 80-Jährigen und Älteren voraussichtlich weit über dem Durchschnitt (>10 %) liegen werden sind: Enzklösterle (Calw; 11,0 %), Bad Herrenalb (Calw; 11,3 %), Badenweiler (Breisgau-Hochschwarzwald; 11,8 %), Untermarchtal (Alb-Donau-Kreis; 12,5 %) und Büsingen am Hochrhein (Konstanz; 14,7 %).

Auffällig ist, dass der Frauenanteil in der Gruppe der über 80-Jährigen in den Stadtkreisen Freiburg (63,0 %), Baden-Baden (62,7 %), Pforzheim (62,6 %), Karlsruhe (61,6 %) und Heidelberg (61,4 %) am höchsten liegen wird (vgl. Abb. 6).

⁷⁹ Pflege in Baden-Württemberg, online verfügbar unter (01/2013) http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/GesundhSozRecht/Landesdaten/Pflege/Pflege_12.asp

Abbildung 4: Voraussichtlicher Anteil der 60-Jährigen und Älteren an der Bevölkerung der Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs im Jahr 2022 in %



Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2010; eigene Berechnungen



Abbildung 5: Voraussichtlicher Anteil der 80-Jährigen und Älteren an der Bevölkerung der Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs im Jahr 2022 in %

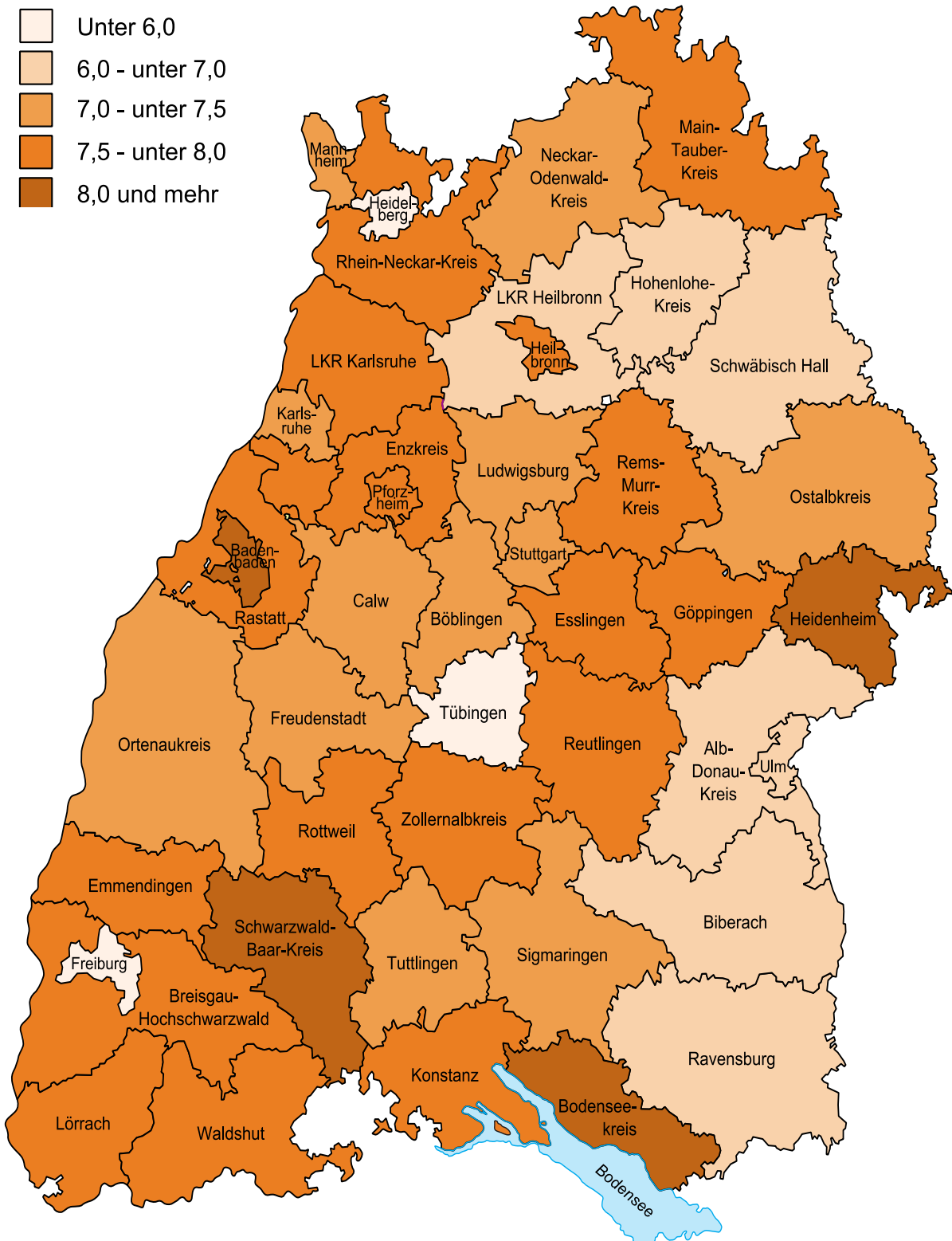
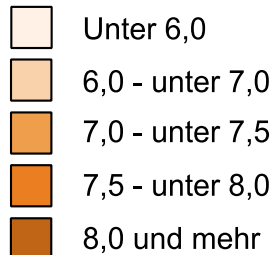
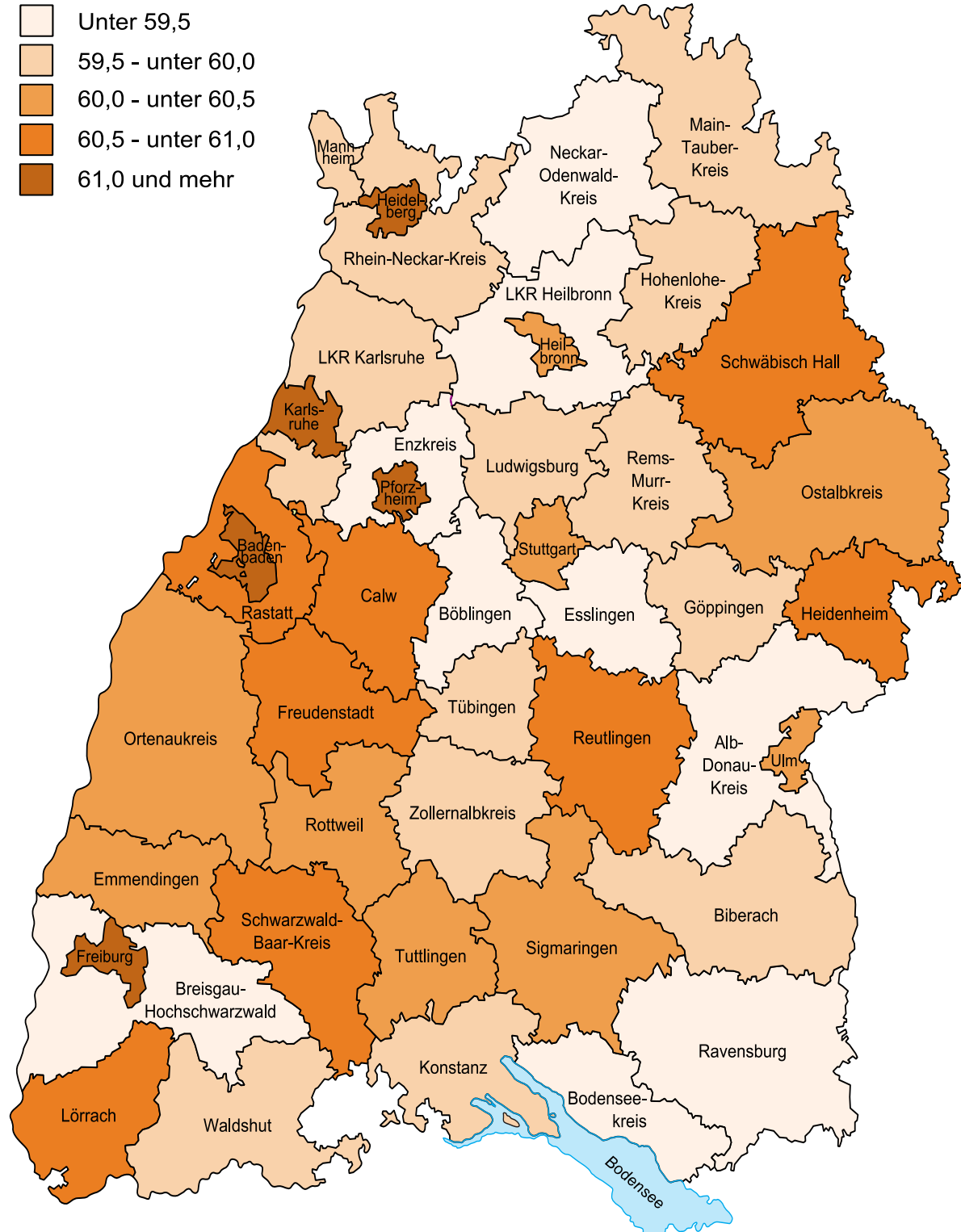


Abbildung 6: Voraussichtlicher Frauenanteil in der Gruppe der 80-Jährigen und Älteren im Jahr 2022 in %



Quelle: Statistisches Landesamt Baden- Württemberg 2010; eigene Berechnungen



Diese Städte sind zwar diejenigen mit den voraussichtlich geringsten Anteilen älterer Menschen, werden aber dennoch Heimat für jeweils mehrere Tausend⁸⁰ hochaltrige Frauen sein. Hier müssen entsprechende Angebote vorgehalten werden, um deren spezifische Bedarfe abzudecken, die beispielsweise auf Faktoren wie Isolierung zurückzuführen sein werden.

Die Kreise Main-Tauber, Schwarzwald-Baar und Heidenheim, welche hohe Anteile sowohl an 60-Jährigen und Älteren als auch speziell an ab 80-Jährigen aufweisen werden, gehören zu den bevölkerungsschwächeren⁸¹ Kreisen Baden-Württembergs. Daraus ergeben sich besondere Herausforderungen: zum einen sind gesundheitliche, pflegerische und soziale Einrichtungen in ländlicheren Regionen ohnehin weniger dicht verteilt, zum anderen sind diese zusätzlich aufgrund der schlechteren Ausstattung im Nahverkehrssystem nur eingeschränkt erreichbar. Des Weiteren kann es, nicht zuletzt durch häufige Schließungen oder Verlegungen von Lebensmittelläden, Postämtern, aber auch Schulen und sonstiger wirtschaftlicher und kultureller Infrastruktur sowie durch den Wegfall traditioneller Erwerbsarbeitsmuster, zu einer kulturellen Verödung kommen (Engel 2001). Dadurch kann der Wunsch nach und Notwendigkeit von sinnstiftenden Institutionen und Aktivitäten, wie beispielsweise in Form von Sozialer (Alten-)Arbeit entstehen⁸². Viele Kreise haben den Handlungsbedarf erkannt. So hat beispielsweise der Landkreis Heidenheim den Kommunalverband für Jugend und Soziales beauftragt, einen Altenhilfeplan zu erstellen, der vielfältige Handlungsempfehlungen enthält.

86

5.2 Landesseniorenpolitische Entwicklungen und Schwerpunkte

Für den Einsatz nicht-medizinischer akademischer Fachkräfte sind auch aktuelle landesseniorenpolitische Entwicklungen und Schwerpunkte in Baden-Württemberg von Bedeutung; diese sowie exemplarisch relevante, hochschulische Qualifizierungsmaßnahmen und Studienmodelle beziehungsweise Modellprojekte mit Bezug zur Altenhilfe und Altenpflege werden im Folgenden skizziert. Ein wesentliches landesseniorenpolitisches Ziel besteht in Baden-Württemberg darin, zukünftig durch eine weitere finanzielle Förderung von Maßnahmen im ambulanten, teilstationären und stationären Pflegebereich, im Vor- und Umfeld der Pflege sowie in der geriatrischen Rehabilitation Voraussetzungen zu schaffen, damit „Seniorinnen und Senioren auch im hohen Alter weiterhin ein Leben in weitgehender Selbstbestimmtheit und Selbstständigkeit führen können und sie in die Lage versetzt werden, altersbedingte Krankheiten und ihre Folgen mit der notwendigen professionellen Unterstützung besser zu bewältigen“⁸³.

Dieses Ziel soll durch den Auf- und Ausbau einer pflegerischen Infrastruktur sowie durch Hilfen im Vor- und Umfeld der Pflege umgesetzt und in enger Zusammenarbeit mit den Land- und Stadtkreisen sowie den Verbänden und Organisationen des Sozial- und Gesundheitsbereichs realisiert werden, um bestehende Angebote an die sich ändernden Bedürfnisse älterer

⁸⁰ Freiburg: 7.908 Frauen ab 80 Jahre bei einer Gesamtbevölkerung von 215.983; Baden-Baden: 3.171 zu 48.349; Pforzheim: 5.657 zu 113.911; Karlsruhe: 12.481 zu 276.787; Heidelberg: 5.186 zu 144.336

⁸¹ Schwarzwald-Baar-Kreis 2022 voraussichtlich 193 EW/pro km², Kreis Heidenheim 200 EW/km², Main-Tauber-Kreis 98 EW/km² (Quelle: Stat. LA 2010; eigene Berechnungen).

⁸² Zu weiteren Herausforderungen und Anpassungsstrategien im Bereich der gesundheitlichen und sozialen Versorgung (in ländlichen Gebieten) vgl. Kapitel 3 dieser Arbeit und Uner 2012.

⁸³ Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien, Frauen und Senioren: Senioren, online verfügbar unter (02/2013) <http://www.sm.baden-wuerttemberg.de/de/Senioren/81071.html?referer=82096>

Menschen anzupassen⁸⁴. Aus diesen inhaltlich breiten Zielsetzungen resultierten in den vergangenen Jahren in der Ausgestaltung von Altenhilfe und Altenpflege in Baden-Württemberg vielfältige Maßnahmen. Unter Federführung des Ministeriums für Arbeit, Sozialordnung, Familie und Senioren (Sozialministerium) wurde Mitte 2000 das Aktionsprogramm „Ältere Generation im Mittelpunkt – Miteinander der Generationen“⁸⁵ vorgelegt (Sozialministerium o.J.). Dieses bietet einen umfassenden und differenzierten Überblick zu landessenioren- beziehungsweise demografiepoltisch relevanten Maßnahmen, (Modell-)Projekten und Praxisbeispielen in verschiedenen Bereichen (vgl. Abb. 7). Im Kontext dieser Arbeit erscheinen verschiedene Bereiche bedeutsam.

- Vor dem Hintergrund eines (kommunalen) Demografiemanagements ist der Schwerpunkt **„Alter und Familie beziehungsweise familienähnliche Lebensformen“** hervorzuheben und auf die Zukunftswerkstätten „Familienfreundliche“⁸⁶ Kommune“ hinzuweisen, die auf die Gestaltung des Miteinanders von Alt und Jung gerichtet sind (Sozialministerium o.J.). Ein bedeutsamer Ansatzpunkt für eine demografiepoltische Ausrichtung auf kommunaler Ebene ist hier gegenwärtig in dem „Managementverfahren für Kommunen im demografischen Wandel“ zu sehen, das seitens des Sozialministeriums Baden-Württemberg unterstützt und vom Statistischen Landesamt in Kooperation mit dem Kommunalverband für Jugend und Soziales durchgeführt wird. Dieses soll im Zeitraum von 2013 – 2014 zunächst mit 20 Kommunen in Baden-Württemberg erprobt werden. Ziel des Managementverfahrens ist es, unter Einbezug verschiedener lokaler Akteure (z. B. Gemeinderat, Verwaltung, Bürgerschaft, Unternehmen) ein „strategisches Handlungskonzept“ zu entwickeln; dabei sollen beispielsweise für folgende Themen gemeinsame Lösungsstrategien entwickelt werden: Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Älterwerden, Gesundheit, Pflege, Zusammenleben der Generationen⁸⁷. Die lokalen Entscheidungsträger und Projektverantwortlichen und -gruppen sollen begleitend im „Kommunalen Familien- & Demografie-Management“ qualifiziert (u. a. Vermittlung von demografierelevanten und methodischen Kenntnissen und darauf bezogene Lösungsansätze sowie von praktischen Beispiele) und ein landesweiter interkommunaler Erfahrungsaustausch sowie kollegiale Unterstützung initiiert werden.⁸⁸

⁸⁴ ebd.

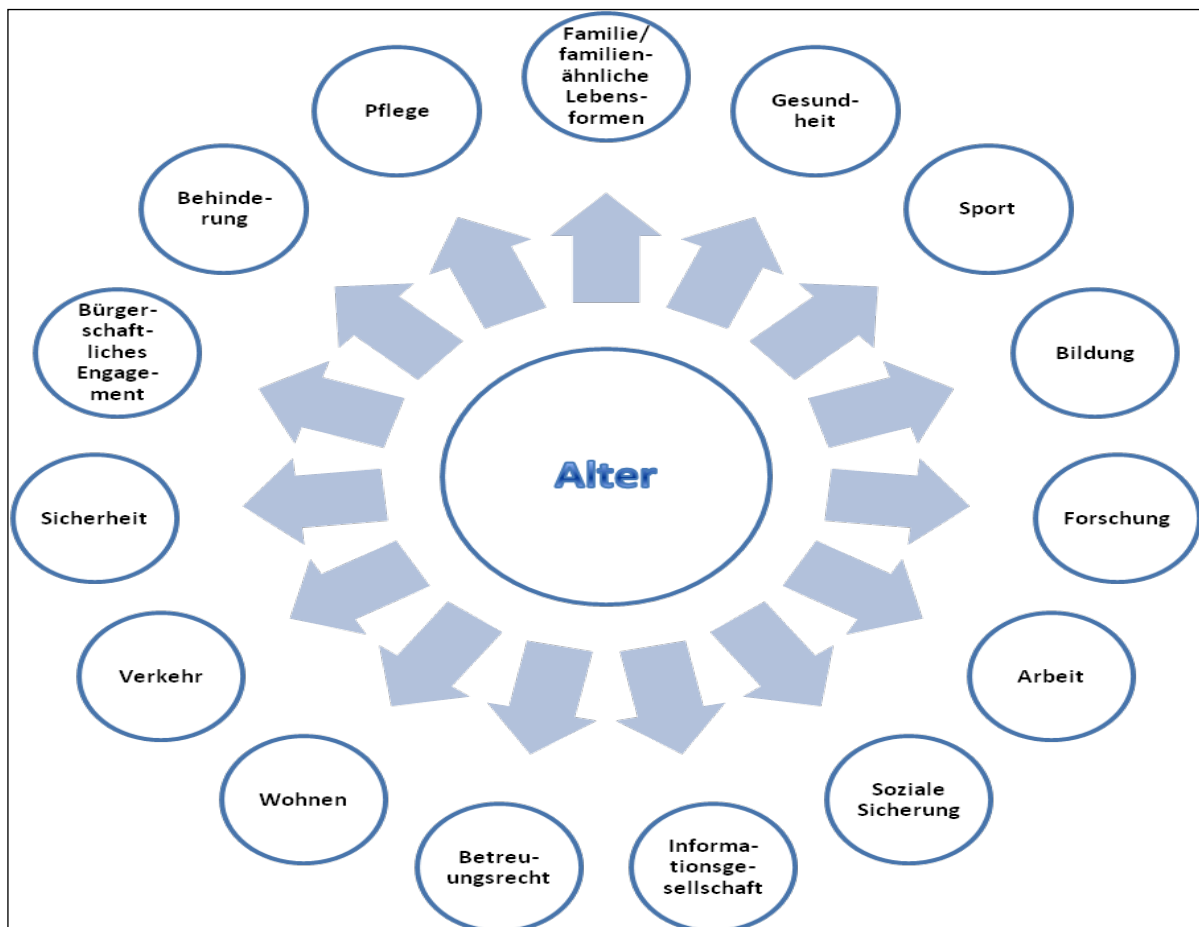
⁸⁵ Unter der Perspektive „Demografie(politik)“ bestehen in Baden-Württemberg in verschiedenen Politikbereichen und in Zuständigkeit unterschiedlicher Ministerien und Ämter verschiedene Konzepte und (Aktions-)Programme nebeneinander (Hüther & Naegele 2013). Neben dem seniorenpolitischen Aktionsprogramm „Ältere Generation im Mittelpunkt – Miteinander der Generationen“ des Sozialministeriums wurden in der Familienpolitik das Konzept „Kinderfreundliches Baden-Württemberg“ (ebenfalls Sozialministerium) sowie in der Unternehmenspolitik der „Demografie Exzellenz Award“ des Ministeriums für Finanzen und Wirtschaft vorgelegt. Seitens des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg wird ein „Demografiespiegel“ erstellt (ebd., 16). Das Thema Demografiepolitik ist auf der Bundesebene wie in den einzelnen Bundesländern zwar von zunehmender Bedeutung, weist jedoch bislang keine einheitliche Bearbeitung auf. Eine systematische Auseinandersetzung mit der Thematik erfolgte zwar seit den 1990er Jahren, allerdings zunächst vorwiegend in den ostdeutschen Bundesländern. Erst in den letzten Jahren erfolgte die Thematisierung der Demografiepolitik auch in den „alten“ Bundesländern und jüngst (seit 2011) auch auf der Bundesebene (Hüther & Naegele 2013). Insgesamt betrachtet sind die verschiedenen Zugänge zur und Zuständigkeiten für „Demografiepolitik“ in den einzelnen Bundesländern und bundesweit von einer „kohärenten und konsistenten Demografiepolitik“ noch weit entfernt. Einer Verzahnung der verschiedenen föderalen Ebenen kommt jedoch für eine „gesamthafte Demografiepolitik“ wesentliche Bedeutung zu (Hüther & Naegele, 2013).

⁸⁶ Im Familienbegriff sind die älteren Menschen explizit eingeschlossen. Weiterführende Informationen online verfügbar unter (02/2013) www.familienfreundliche-kommune.de

⁸⁷ Baden-Württemberg: Neues Managementverfahren für Kommunen; Pressemitteilung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg; Stuttgart, 27. Februar 2013 – Nr. 53/2013, online verfügbar unter (02/2012) <http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/Pressemitt/2013053.asp>

⁸⁸ Integriertes Managementverfahren »Familienfreundliche, bürgeraktive und demografiesensible Kommune«, online verfügbar unter (02/2012) http://familienfreundliche-kommune.de/FFKom/srv_c_intManagement.asp

Abbildung 7: Überblick landesseniorenpolitisch relevante Themen



88

Quelle: Sozialministerium o.J., eigene Darstellung

- Das Thema „**Alter und Gesundheit**“ wird in Baden-Württemberg unter anderem im Rahmen der Landesgesundheitsberichterstattung adressiert. Darüber hinaus richtet sich das Interesse hier auf Maßnahmen zur Unterstützung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen – beispielsweise der Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e. V. Das „Geriatriekonzept Baden-Württemberg“ legt Grundsätze und Ziele zur Versorgung mehrfach erkrankter älterer Menschen fest; in einer durch das Sozialministerium eingerichteten Arbeitsgruppe, die mit Vertretern der Fachverbände, der Kosten- und Leistungsträger besetzt ist, wird das Konzept kontinuierlich fortgeschrieben. Außerdem bildet die „Gesundheitswirtschaft“ einen zunehmenden Schwerpunkt. Mit Unterstützung des Wirtschaftsministeriums wurde beispielsweise eine Online-Datenbank der IHK Region Stuttgart eingerichtet, die Privathaushalte über Anbieter von Pflege- und Haushaltsdienstleistungen informiert (Sozialministerium o.J.).
- Im Schwerpunkt „**Alter und Bildung**“ sind neben zielgruppenspezifischen Angeboten für ältere Menschen (z. B. Hochschul-, Weiterbildungs-, Kulturangebote) insbesondere wissenschaftliche Weiterbildungsangebote für Beschäftigte in der Arbeit mit älteren Menschen von Bedeutung: so bestehen an verschiedenen Fach-/Hochschulen des Landes Studiengänge zum Thema „Ältere Menschen“ mit unterschiedlichen inhaltlichen Schwer-



punkten (z. B. Angewandte Gerontologie, Case-Management (Schwerpunkt Sicherung der häuslichen Versorgung von älteren (pflegebedürftigen) Menschen); Weiterbildungsangebote für ehrenamtlich Tätige in der offenen Altenarbeit; gerontologische Pflege und Pflegeprozesssteuerung; Weiterbildungsangebote Palliative Care und Berufsbetreuung; Methoden und Konzepte in der Altenarbeit; Sozialethische Strategien für den Umgang mit sich ändernden Altersstrukturen der Gesellschaft).

- Darüber hinaus hat sich in Baden-Württemberg ein **Forschungsschwerpunkt „Alter“** etabliert; neben einer vielfältigen Auseinandersetzung mit alter(n)sspezifischen Themen an verschiedenen Hochschulstandorten des Landes ist der Forschungsverbund „Altern“ (Region Rhein-Neckar) zu benennen, der vom Wissenschaftsministerium gefördert wird. An der Universität Heidelberg werden folgende Schwerpunkte interdisziplinär bearbeitet: zum einen wird die **molekulare und biomedizinische Grundlagenforschung der Alterungsprozesse** fokussiert; zum anderen steht die **Erforschung der geistes-, sozial- und verhaltenswissenschaftlichen, ökonomischen und juristischen Aspekte** im Mittelpunkt, die sich aus dem demografischen Wandel für den Einzelnen und die Gesellschaft ergeben (Identifizierung und Nutzung der Ressourcen älterer Menschen in der Arbeitswelt, im nachberuflichen und sozialen Engagement und Gestaltung des intergenerativen Wissenstransfers) (ebd.).
- Auch dem Thema **„Alter und Wohnen“** wird Bedeutung beigemessen. Neben der Unterstützung generationensensibler, raumplanerischer Handlungsansätze (barrierefreies Wohnen, Erhalt der Innenstädte) werden betreute Seniorenwohnungen im Rahmen der Landeswohnraumförderungsprogramme gefördert. Diesbezüglich wurden landesweit einheitliche Qualitätssicherungsmaßnahmen und Standards durch das „Qualitätssiegel Betreutes Wohnen für Senioren Baden-Württemberg“ festgelegt (ebd.).
- Darüber hinaus erfolgt eine Auseinandersetzung mit dem Thema **„Alter und Behinderung“**; hier wurden zum einen „Leitlinien zum Wohnen und zur Betreuung älter werdender und alter behinderter Menschen“ durch das Ministerium für Arbeit und Soziales unter Beteiligung der Kostenträger, der Verbände der Liga der freien Wohlfahrtspflege und der Betroffenenverbände entwickelt, zum anderen konzeptionelle und räumliche Anforderungen einer Tagesbetreuung als Arbeitsgrundlage für Träger, Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe formuliert. Mit diesen Arbeiten gehen auch Bestrebungen zur Förderung eines verstärkten Austauschs zwischen der Alten- und Behindertenhilfe und zum Einbezug älterer (pflegebedürftiger) Menschen mit Behinderung in die kommunale Altenhilfeplanung einher (ebd.). Der Kommunalverband für Jugend und Soziales hat das Forschungsprojekt „Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit wesentlicher geistiger Behinderung im Alter“ in Auftrag gegeben, um Erkenntnisse darüber zu gewinnen, welche Auswirkungen Alterungsprozesse auf die Gesundheit und die Lebensqualität dieses Personenkreises haben und welche Angebote deshalb in Zukunft benötigt werden.⁸⁹
- Zum Thema **„Alter und Pflege“** wird mit der Landespflegeplanung ebenfalls eine landesweite Berichterstattung vorgehalten. Diese berücksichtigt die pflegerische Versorgung

⁸⁹ http://www.kvjs.de/fileadmin/dateien/kvjs-forschung/Lebenserwartung_Internet.pdf



der Bevölkerung und enthält Hinweise zu pflegevermeidenden und pflegeergänzenden Maßnahmen, Schätzungen zur Entwicklung des Pflegebedarfs sowie eine Darstellung der bestehenden Pflegeinfrastruktur. Neben flächendeckend vorhandenen ambulanten Pflegediensten stehen weitere ambulante (vor-)pflegerische Angebote und ehrenamtliche Unterstützungsangebote zur Verfügung (Familienpflege, Hospize, niedrigschwellige Betreuungsangebote zur Entlastung pflegender Angehöriger, insbesondere von Demenzerkrankten). Darüber hinaus erfolgt eine Förderung der stationären Pflegeinfrastruktur durch Land und Kommunen. Zusätzlich werden Maßnahmen zum Verbraucherschutz in der Pflege sowie Maßnahmen zur Fachkräftegewinnung in den Pflegeberufen realisiert. Erstere umfassen zum Beispiel die Verbesserung der Personalausstattung in der pflegerischen Betreuung, die Vereinheitlichung der Verwaltungspraxis der Heimaufsichtsbehörden, inklusive Schulung der Mitarbeiter zum Umgang mit dem neuen Kriterienkatalog zur Umsetzung/Auslegung des Heimgesetzes; die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Heimaufsicht und MDK oder den Einbezug von Pflegefachkräften beziehungsweise von pädagogischen Fachkräften auf Honorarbasis zur Unterstützung der Prüfungen der Heimaufsichtsbehörden in Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe. Die Maßnahmen zur Fachkräftegewinnung umfassen beispielsweise die Werbe- und Imagekampagne „Pflege. Berufe mit Sinn.“, die sich an unterschiedliche Zielgruppen wie Schulabgänger, Wiedereinsteiger nach Familienphasen, berufliche Umsteiger und Menschen mit Migrationshintergrund richtet (Sozialministerium o.J.).

90

- Der Kommunalverband für Jugend und Soziales (KVJS) bietet den Landkreisen Unterstützung bei der **Erstellung von Seniorenplänen** an. Ziel der Pläne ist es, in Abstimmung mit den kreisangehörigen Gemeinden Entwicklungskonzepte für die Zukunft zu erarbeiten. Neben der Darstellung der demografischen Entwicklung im Kreis werden unter anderem die Infrastruktur vor Ort, das ehrenamtliche Engagement, Angebote der Pflege, Wohnen und Wohnumfeld beleuchtet und für die einzelnen Themenbereiche Handlungsempfehlungen ausgesprochen. Für die Landkreise Heidenheim und Tübingen liegen bereits abgeschlossene Pläne vor. In die Planungen im Landkreis Konstanz und im Schwarzwald-Baar-Kreis ist der KVJS involviert.⁹⁰

Die Beschreibung der Ausgangssituation verdeutlicht, dass insbesondere die **veränderten Anforderungen durch demenzielle Erkrankungen** die Praxis in der Altenhilfe und Altenpflege bereits jetzt oder in naher Zukunft bundesweit und auch in Baden-Württemberg beeinflussen werden (vgl. Kap. 3). Hier wird auch explizit ein landespflegepolitischer Schwerpunkt zur Berücksichtigung der Bedürfnisse demenzkranker Menschen gesetzt (Sozialministerium o.J.) und auf Landesebene der Aspekt der Personalentwicklung diskutiert, welchem „höchste Priorität“ eingeräumt wird. Dabei wird festgehalten, dass „für die Betreuung demenziell Erkrankter [...] eine quantitativ ausreichende und adäquat qualifizierte Personalausstattung der stationären Pflegeeinrichtungen gewährleistet sein“ muss⁹¹.

Ausgehend von der Notwendigkeit, dass für die Versorgung demenziell Erkrankter spezielles Wissen der Beschäftigten erforderlich ist, könnte eine mögliche Lösungsstrategie in der (Höher-)Qualifizierung des Personals bestehen. In den vergangenen Jahren zeigte sich jedoch

⁹⁰ <http://www.kvjs.de/soziales/menschen-mit-behinderung/sozialplanung-teilhabeplaene.html>

⁹¹ Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien, Frauen und Senioren: Senioren, online verfügbar unter (02/2013) <http://www.sm.baden-wuerttemberg.de/de/Senioren/81071.html?referer=82096>



gleichzeitig eine gegenläufige Entwicklung: so wird seitens der Landesregierung eine Öffnung des Pflegeberufs „nach unten“ (z. B. durch Einstellung Niedrigqualifizierter und Arbeitsloser) befürwortet, die als Möglichkeit zur Deckung des Personalbedarfs in der Pflege genutzt werden soll (Landespflegerat 2010). Anknüpfend an die Notwendigkeit zur Gestaltung des „Professionsmix“ und einer qualifikationsbezogenen Aufgabenverteilung muss die (Höher-)Qualifizierung und Akademisierung der Pflege- und Gesundheitsberufe auf Landesebene auch im Zusammenhang mit der Entwicklung von anderen Qualifizierungsmöglichkeiten⁹² gesehen werden. Aus Sicht des Landtags (2012) sollte dabei handlungsleitend sein, dass – im Einklang mit der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe (2012) und dem geplanten neuen Pflegeberufegesetz, das eine generalistische und eine akademische Pflegeausbildung vorsieht – alle Berufsgruppen von Bedeutung sind und einander nicht ersetzen, sondern ergänzen können (ebd.).

Ein weiterer Aspekt, dem innerhalb des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes eine gestiegene Bedeutung eingeräumt wurde, ist die Verbesserung der wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung sowie niedrigschwelliger Angebote im Rahmen einer integrierten Versorgung. Zu diesem Zweck wurden in Baden-Württemberg derzeit 50 Pflegestützpunkte nach § 92c SGB XI eingerichtet (Michell-Auli et al. 2009). Um Doppelstrukturen zu vermeiden, wurden für die Errichtung von Pflegestützpunkten vorhandene beziehungsweise in der kommunalen Sozialplanung vorgesehene Beratungs- und Betreuungsangebote vorrangig berücksichtigt. In einer Kooperationsvereinbarung verpflichteten sich die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen sowie die Kommunalen Landesverbände, eine Landesarbeitsgemeinschaft zu errichten und diese als eingetragenen Verein zu führen. In Baden-Württemberg bestehen diesbezüglich zudem in einigen Regionen vergleichsweise gute Voraussetzungen, da seit 1991 im Rahmen der Neuordnung ambulanter Hilfen im Land Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen (kurz: IAV-Stellen) eingerichtet wurden (Woog 2006). Die langjährigen Erfahrungen⁹³ zum Case- und Care-Management für ältere Menschen und Pflegebedürftige werden als Anknüpfungspunkt und Vorbild für das Konzept der Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg angesehen (TNS Infratest Sozialforschung 2011). Die konkrete personelle Besetzung der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg wird landesspezifisch gestellt. Im Pilotpflegestützpunkt Dedendorf ist beispielsweise eine Gerontologin beschäftigt (Michell-Auli et al. 2009).

Darüber hinaus wird die zunehmende Betrachtung von Altenhilfe und Altenpflege als gesellschaftliche Zukunftsaufgabe an verschiedenen **innovativen Projekten in Baden-Württemberg** sichtbar. Als Initiative des Landkreistags, Städtetags und Gemeindetags in Baden-Württemberg fanden beispielsweise im Jahr 2011 zum wiederholten Mal Fachtagungen statt, deren Zielsetzung in der Bekanntmachung innovativer Projekte in der Altenhilfe und Altenarbeit lag (AfA 2011a-c). Die Betrachtung dieser Best-Practice-Beispiele zeigt un-

⁹² In Baden-Württemberg bestehen, je nach Qualifikationsniveau der Interessenten, unterschiedliche Zugangswege in das Feld der Altenpflege. Neben der Akademisierung spielt vor allem die Verbesserung der Basisversorgung über die Veränderung der Ausbildung von Kranken- und Altenpflegehelfern eine Rolle. Da eine einjährige Ausbildung in der Praxis als nicht ausreichend für die alltäglichen Herausforderungen eingestuft wurde (Landtag Baden-Württemberg 2012), wird gegenwärtig eine zweijährige Ausbildung modellhaft an verschiedenen Krankenhäusern erprobt (Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart; Kreiskliniken Esslingen; Universitätsklinik Ulm; Oberschwabenklinik). Die Erprobungsphase ist noch nicht abgeschlossen, es liegen jedoch Hinweise zur Verbesserung der Fähigkeiten vor (Landtag Baden-Württemberg 2012).

⁹³ Von den 215 implementierten IAVs zu Beginn der 1990er Jahre existierten nach Informationen des Seniorenbüros Freiburg im Jahr 2003 noch 146 (Woog 2006). Der Rückgang der IAV-Stellen fällt nach Wißmann (2003) vor allem mit dem Ende der finanziellen Förderung durch das Land zusammen, das vorher ein Drittel der Kosten übernahm.



terschiedliche Trends auf. Es wird deutlich, dass auch an dieser Stelle der Herausforderung demenzieller Erkrankungen eine hohe Bedeutung zugeschrieben wird. Die Projekte beschäftigen sich auf unterschiedliche Weise mit Angeboten, die eine häusliche Versorgung dieser Personengruppe verbessern beziehungsweise ermöglichen sollen. Dabei spielt die wohnortnahe Beratung, wie sie beispielsweise unter anderem im Pflegestützpunkt in Ulm dokumentiert wurde, eine wichtige Rolle (Winkler 2011). Außerdem ist eine wachsende thematische Vielfalt der Projekte festzustellen, die auf die Verbesserung und Förderung der aktiven alltäglichen Lebensführung älterer Menschen gerichtet sind. Weitere Projekte setzten sich mit seniorenfreundlichen Serviceangeboten im Einzelhandel oder im Handwerk auseinander (Schüle 2011). Projekte, die im Rahmen des Europäischen Jahres des aktiven Alters in Baden-Württemberg gefördert werden, fokussieren eine Erweiterung der Lebensspanne und Altersthematisierung. Dadurch wird einerseits die Alterung im Erwerbsleben, aber auch die Solidarität der Generationen einbezogen, um Angebote an entsprechende Bedarfe anzupassen (BMFSFJ 2012).

Angesichts der skizzierten Veränderungen der Handlungsfelder nimmt eine angemessene Qualifizierung der Beschäftigten in der Altenhilfe und Altenpflege an Bedeutung zu. In den vergangenen Jahren zeichnete sich auch an den Hochschulen in Baden-Württemberg die Akademisierung der Gesundheits- und Pflegefachberufe als eine weitere Form der Qualifizierung vermehrt ab⁹⁴. Bereits 2009 sprach sich der Landespflegerat für die Verbesserung der universitären Ausbildung in der Pflege aus, um akademisches Wissen direkt „ans Krankenbett“ zu bringen (Landespflegerat Baden-Württemberg 2009, 1). Mit der **Verbindung aus beruflicher und akademischer Ausbildung** sollen Unstimmigkeiten in den Einsatzfeldern vermieden und der steigenden Komplexität im Arbeitsfeld angemessen begegnet werden (vgl. hierzu auch Kap. 4.2.2; Ingwersen 2005; Landespflegerat Baden-Württemberg 2009).

92

Auch das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst befürwortete entsprechende Modellvorhaben in Baden-Württemberg. Ein landesspezifisches Konzept zur Umsetzung pflegewissenschaftlicher Qualifikationen an Universitäten existiert in Baden-Württemberg nicht, jedoch unterstützt die Landesregierung die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Jahr 2011 ausgeschriebene Richtlinie zur „Förderung von Maßnahmen für den Übergang von der beruflichen in die hochschulische Bildung“ (Landtag Baden-Württemberg 2011). Ziel der Richtlinie ist die **Verbesserung der Durchlässigkeit zwischen und innerhalb der Bildungsbereiche**, da der Übergang vom Beruf in die Hochschule eine zentrale Herausforderung für potenzielle Studierende darstellt (BMBF 2011; Landtag Baden-Württemberg 2011). Hieraus resultiert beispielsweise ein Modellvorhaben an der Hochschule Esslingen. Im Projekt „Übergang in die Hochschule und Erfolg im Studium durch Anrechnung beruflich erworbener Kompetenzen fördern. Durchlässigkeit für Pflegeberufe“ werden seit November 2011 für examinierte Pflegefachkräfte **neue Qualifizierungsmöglichkeiten in den Bachelor-Studiengängen „Pflegepädagogik“ sowie „Pflege/Pflegemanagement“** eröffnet. Bewerber ohne Hochschulzugangsberechtigung können nach einer entsprechenden Eignungsüberprüfung das Studium aufnehmen; dieses ist für beide Studienrichtungen als Vollzeitstudium (3,5 Jahre) angelegt⁹⁵.

⁹⁴ Die hochschulischen Ausbildungsmöglichkeiten und das Studienangebot in Baden-Württemberg werden ausführlich in Kap. 6 beschrieben.

⁹⁵ Hochschule Esslingen, online verfügbar unter (02/2013) <http://www.hs-esslingen.de/de/hochschule/fakultaeten/soziale-arbeit-gesundheit-und-pflege/studiengaenge/bachelor/bachelor-of-arts-ba-pflegepaedagogik/studienverlauf.html> oder <http://www.hs-esslingen.de/de/hochschule/fakultaeten/soziale-arbeit-gesundheit-und-pflege/studiengaenge/bachelor/bachelor-of-arts-ba-pflegepaedagogik/studienverlauf.html>



Auch an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg in Stuttgart wurde – mit Bezug auf den Wettbewerb "Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen"⁹⁶ (BMBF 2010) – ein berufsbegleitender dualer Studiengang „Angewandte Pflegewissenschaften“ unter dem Titel „OPEN - Open Education in Nursing“ implementiert, der eine Verbesserung der Akademisierung unterstützen und den Übergang in die Hochschule verbessern soll (DHBW 2012). Das Studienangebot richtet sich ebenfalls speziell an die Zielgruppe der beruflich Qualifizierten, für die bei langem Zurückliegen der Ausbildung zusätzlich spezielle Schlüsselangebote eingeführt werden (DHBW 2012).⁹⁷

Im Oktober 2012 wurde seitens des Sozialministeriums und des Wissenschaftsministeriums in Baden-Württemberg zudem ein Entwurf für eine „Weiterbildungsverordnung Arztassistenten“ vorgelegt. Die Einrichtung einer weiteren akademischen Ausbildung für Pflegeberufe mit einer medizinischen Ausrichtung (Abschluss: Bachelor) zielt darauf, Ärzte zu entlasten und den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten. Das neue Berufsbild orientiert sich an dem in anderen Ländern bereits bestehenden „physician assistant“. Die geplante Verordnung in Baden-Württemberg sieht Regelungen vor, die zukünftige Absolventen dazu befähigen, „in erweitertem Umfang delegationsfähige Aufgaben aus dem heilkundlichen Spektrum zu übernehmen.“ (Sozialministerium Baden-Württemberg/Wissenschaftsministerium Baden-Württemberg 2012, 5). Die vorgesehenen Schwerpunkte der Chirurgie und Inneren Medizin qualifizieren die zukünftigen Absolventen insbesondere für den Einsatz im Krankenhaus (ebd.).⁹⁸

5.3 Die Sicht der Experten

Mit dem Ziel der Exploration und Diskussion des gegenwärtigen und zukünftigen qualitativen und quantitativen nicht-medizinischen akademischen Personalbedarfs in der Altenhilfe und Altenpflege in Baden-Württemberg wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit eine Expertenbefragung durchgeführt, in die ausgewählte Vertreter aus „Politik, Verwaltung und Verbänden“ sowie „Trägern und Einrichtungen“ einbezogen wurden.⁹⁹ Neben einer Einschätzung zum Qualifikationsprofil (vgl. Kap. 4.4) wurden die Experten um eine Beurteilung des quantitativen Bedarfs gebeten (Anzahl des gegenwärtig eingesetzten akademischen Personals, Einschätzung zur zukünftigen quantitativen Entwicklung). Des Weiteren wurden Erfah-

esslingen.de/de/hochschule/fakultaeten/soziale-arbeit-gesundheit-und-pflege/studiengaenge/bachelor/bachelor-of-arts-ba-pflegepflegemanagement/studienverlauf.html

⁹⁶ Der Wettbewerb zielt darauf, die Bildungschancen der Bürger zu steigern und dem drohenden Fachkräftemangel zu begegnen (BMBF 2010).

⁹⁷ Das Studienangebot konnte bei der Befragung der Hochschulen (vgl. Kap. 6) nicht berücksichtigt werden, da dieses erst mit Beginn des Wintersemesters 2012/13 eingerichtet wurde.

⁹⁸ Dieser Studiengang wurde auch bei der eigenen Befragung der Hochschulen berücksichtigt, allerdings erfolgte keine Beteiligung. Thematisch geht dies zudem über die hier in den Blick genommenen nicht-medizinischen Studiengänge hinaus, verdeutlicht jedoch, dass die durch den Sachverständigenrat getroffenen Empfehlungen zur Delegation nunmehr auch innerhalb landeshochschulrechtlicher Regelungen aufgegriffen werden. Auffallend ist, dass in den Modellvorhaben zur Entlastung niedergelassener Ärzte, die im Bereich der gemeindeorientierten gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung realisiert werden, (bislang) ausschließlich Beschäftigte mit beruflicher Qualifikation eingesetzt werden (z. B. Pflegefachkräfte) (vgl. Kap. 3); demgegenüber wird für die Delegation ärztlicher Aufgaben im Krankenhausbereich eine akademische Weiterbildung vorgesehen.

⁹⁹ Die Auswahl der Experten erfolgte unter Berücksichtigung der für die Altenarbeit und Altenpflege relevanten Handlungsfelder (z. B. kommunale Beratung und Planung, Pflegeeinrichtung, Eingliederungshilfe usw.); mit Unterstützung des Auftraggebers wurden Vertreter der Kostenträger, von Einrichtungen und Diensten und des KVJS sowie aus Politik, (Kommunal-)Verwaltung und Berufs-/Kommunalverbänden ausgewählt und in die Befragung einbezogen. Eine ausführliche Beschreibung des methodischen Vorgehens der Expertenbefragung und der Auswahl der Gesprächspartner ist im Anhang hinterlegt.



rungen bei der Auswahl und Einstellung nicht-medizinischer akademischer Fachkräfte sowie die finanziellen Rahmenbedingungen thematisiert und im Sinne einer allgemeinen Bewertung Chancen und Nutzen sowie Barrieren und Grenzen für den Einsatz nicht-medizinischer akademischer Fachkräfte erfasst.

In den Gesprächen mit lokalen und regionalen Experten¹⁰⁰ konnten nur wenig konkrete Aussagen zum Verhältnis von „akademischen Fachkräften zu Personen/Patienten/Einwohnern“ getroffen werden. Einige Befragte äußerten die Vermutung, dass die Ermittlung von Kennzahlen Begrenzungen unterliegt, unter anderem weil

- es noch vergleichsweise wenig Personal mit entsprechend einschlägigen Qualifikationen gibt;
- diesbezüglich keine Berechnungen oder Personalschlüssel bekannt sind und keine allgemein verfügbaren Informationen vorliegen (Datenhalter sind die jeweiligen Anstellungsträger zum Beispiel Kommunen, Einrichtungen, Verbände);
- eine allgemeine Einschätzung nicht möglich sei, sondern nur in Abhängigkeit vom Arbeitsfeld (Beratung, Pflege, Altenhilfeplanung) und den Personalarten (Leitungskräfte, Verwaltungskräfte, Pflegekräfte und hauswirtschaftlicher Dienst) vorgenommen werden könne.

94

Die Experten von Einrichtungen und Trägern differieren dabei in ihren Aussagen. So sind in den befragten Einrichtungen selbst teilweise keine oder bislang nur sehr vereinzelt akademisch ausgebildete, nicht-medizinische Fachkräfte anzutreffen (und wenn, dann zumeist in Person der Einrichtungsleitung oder als PDL). Bei den Trägern lässt sich der Anteil dieser Fachkräfte jedoch bereits auf eine Größenordnung zwischen fünf und zwanzig Prozent an der Belegschaft quantifizieren. Da beispielsweise insbesondere Bereiche des Controllings und der Qualitätsprüfung mit Akademikern besetzt werden, mag es nicht verwundern, dass unter allen Befragten der Medizinische Dienst der Krankenversicherung insgesamt den höchsten Anteil an nicht-medizinischen akademischen Fachkräften aufweist.

In der weiteren Bewertung zeigte sich, dass ein Teil der Befragten (Vertreter der kommunalen und überregionalen Ebene, Einrichtungen) die Anzahl an akademischen Fachkräften gegenwärtig regional und trägerspezifisch zum Teil als ausreichend bewertete. Beispielsweise berichteten kommunale Vertreter vereinzelt darüber, dass einige Landkreise im Landesvergleich „sehr gut aufgestellt“ seien und – infolge politischer Befürwortung und entsprechender Strukturbildung – eine umfassende Beratungsinfrastruktur für ältere Menschen vorgehalten werde (IAV-Stellen, Beratungsstellen für ältere Menschen und Pflegestützpunkte), während in anderen Kommunen nunmehr erstmals ein Pflegestützpunkt eingerichtet wurde. Es wurde auch darüber berichtet, dass in den Kommunen selbst vereinzelt beispielsweise der Altenhilfe und Planung besonderer Stellenwert beigemessen werde, was sich dann darin äußern kann, dass ein Großteil der kreisangehörigen Städte und Gemeinden eines Landkreises entsprechende hauptamtliche Stellen vorhält. *„In den X Stadt- und Landkreisen gibt es etwa, ja in zwei Dritteln zwischenzeitlich diese Stelle Altenhilfefachberatung und -planung,*

¹⁰⁰ Das eigene Tätigkeitsfeld der Befragten aus den Bereichen „Politik, Verwaltung, Verbände“ wurde nach der jeweiligen beruflichen Wirkungsebene differenziert in die kommunale Ebene sowie überregionale Tätigkeitsfelder in den Kommunal- und Berufsverbänden und der Landes- und Kommunalpolitik. Im Folgenden wurde dementsprechend bei Bedarf eine Unterscheidung nach kommunaler und überregionaler Perspektive vorgenommen. Eine ausführliche Charakterisierung der Interviewpartner ist im Anhang hinterlegt.

oft allerdings kombiniert mit der Psychiatrie- und Behindertenhilfeplanung, das heißt, wenige Landkreise in Baden-Württemberg haben so viel hauptamtliches Engagement wie der Landkreis X. (...). (...) diese [nicht-medizinischen akademischen, Anm. d. V.] Fachkräfte sitzen (...) vor allem in der kommunalen Altenhilfefachberatung/-planung, das heißt Planung vor Ort. (...) der Landkreis hat X große Kreisstädte und die haben allesamt Fachkräfte für die Strukturplanung in der Altenhilfe, das heißt, die sind befasst mit Regieaufgaben Altenhilfeplanung, Netzwerkbildung (...) und wir haben diese Stellen jetzt zusammengeknüpft auch mit der Pflegestützpunktentwicklung im Landkreis. (...), und da haben die allermeisten [akademischen Fachkräfte in der Altenhilfefachberatung und -planung, Anm. d. V.] das Profil Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Gerontologie und sowas.“ (Interview_05_PVV)

Aus überregionaler Perspektive sprechen auch mittelbare „Indizien“ für einen ausreichenden Einsatz (hoch-)qualifizierten Personals: so weist eine „gute“ Qualität in Heimen auch darauf hin, dass qualifiziertes Personal eingesetzt werde, wobei akademische Fachkräfte nicht gesondert ausgewiesen werden. Teilweise sei der Einsatz akademischer Fachkräfte auch über gesetzliche Regelungen sichergestellt (zum Beispiel Leitungen und Lehrpersonal in Krankenpflegeschulen vgl. § 4, Abs. 3 KrPflG) oder eine entsprechende Regelung in der Diskussion (zum Beispiel für Heimleitungen).

Ein Teil der Befragten – insbesondere einige Träger – äußerte dagegen, dass gegenwärtig zu wenig akademische Fachkräfte eingesetzt würden. So berichtete ein kommunaler Vertreter, dass beispielsweise eine „relative Konstanz“ der Personalausstattung in der kommunalen Beratung für ältere Menschen bestehe, obwohl ihr Anteil an der Bevölkerung stetig ansteige: *„Das mag überraschen, aber wenn ich zurückschaue, (...) innerhalb der letzten zehn Jahre hat die Zahl der über 65-Jährigen um 27 Prozent zugenommen oder die der über 80-Jährigen um über 50 Prozent, die Zahl der Kräfte in der Beratung und auch Sozialarbeiter in der Beratung hat aber unwesentlich zugenommen.“ (Interview_02_PVV).*

Dies sei unter anderem darauf zurückzuführen, dass beispielsweise „Prozess-Steuerer“ für komplexe Systeme bislang nicht mitgedacht wurden und dementsprechend nicht mit Finanzierungsstrukturen hinterlegt sind. Gleichwohl kann ein zunehmender Bedarf aus Sicht der Experten wie folgt begründet werden:

- erhöhter Bedarf an Kompetenzen im Bereich Qualitätsmanagement und Qualitätskontrolle aufgrund gesetzlicher Vorgaben (z. B. Expertenstandards).
- Bedarf an akademischer Nachqualifizierung in Beratungsstrukturen (z. B. Pflegestützpunkte, Pflegeberatung nach § 7a SGB XI), aber auch in (einzelnen) Einrichtungen;
- auch mittelbare „Indizien“ wie eine schlechte (Ergebnis-)Qualität in der Pflege deuten auf Bedarf an (akademischen) Fachkräften hin.

Ausgehend von demografischen Veränderungen, hohen inhaltlich-fachlichen Anforderungen, „schlechter“ (Ergebnis-)Qualität, aber auch in Bezug auf das zunehmend größere Angebot an Absolventen, wurde allgemein somit durchaus ein zukünftig höherer Bedarf an akademischen Fachkräften gesehen. Gleichwohl sei für die Altenpflege zukünftig keine Vollakademisierung zu erwarten, weil die operative Pflege weiterhin den Schwerpunkt bilden werde.

Ein zukünftiger Zuwachs an akademischen Fachkräften in der Altenhilfe und Altenpflege kann inhaltlich begründet werden; für die Realisierung erwarteten die Befragten jedoch weder gegenwärtig noch zukünftig dementsprechende (finanzielle) Rahmenbedingungen. „(...)



dass wir fast vierzig Prozent akademisch gebildete dann unterwegs hätten, das geben unsere Strukturen gar nicht her, ne, also das wäre zu idealistisch und das muss ja refinanziert werden über den Pflegesatz (...).“ (Interview_03_ET)

Als Lösung favorisieren einige Experten in der Konsequenz eine entsprechende Mischung unterschiedlicher Qualifikationen: „Also ich denke es braucht in den Einrichtungen einfach einen guten Personalmix. Es werden sehr unterschiedliche Menschen gebraucht. Es braucht akademische-, akademisch Gebildete, die können in Leitungsfunktionen denke ich auch finanziert werden. Aber es ist kein Bedarf zu einer Abdeckung der-, von 100 Prozent Personal in einer Pflegeeinrichtung über akademische Kräfte. Das ist weder finanzierbar, noch sinnvoll.“ (Interview_06_ET)

5.3.2 Mitarbeitergewinnung und Herausforderungen für die Stellenbesetzung

Eine Beurteilung der gegenwärtigen Praxis der Mitarbeitergewinnung fiel den Befragten aus den Bereichen „Politik, Verwaltung, Verbände“ schwer, weil diese – wie bereits erwähnt – selbst nicht in der Position des Anstellungsträgers sind. Dennoch schilderten die Befragten diesbezüglich persönliche Annahmen, Eindrücke und Erfahrungen, die exemplarisch verschiedene relevante Aspekte aufgreifen. Ähnliches gilt für die Befragungen in den Einrichtungen. Dort stellt die Einrichtungsleitung häufig die einzige Person mit Hochschulabschluss dar. Häufiger sind diese Stellen derzeit noch mit Personen besetzt, die sich nach einer Pflegeausbildung intern weiterqualifiziert haben. Aufschlussreicher waren dagegen die Befunde, die aus den Interviews mit den Experten von Trägern extrahiert werden konnten.

96

Von den Befragten wurden zunächst der **Zugang und Kontakte** beschrieben. Befragte der kommunalen Ebene wiesen darauf hin, dass sich Zugang und Kontakte zum einen über Stellenanzeigen, zum anderen über Kontakte der Arbeitgeber zu Hochschulen (insbesondere über die dualen Hochschulen) ergeben. Außerdem wurde wahrgenommen, dass es „mehr Absolventen als Stellen“ gäbe und eine hohe „Eigenaktivität“ der Absolventen bei der Stellensuche bestehe: „(...) *das ist ein Gefühl, dass es mehr Absolventen gibt als Stellen und sich die Absolventen eher hier und da bewerben und eine Stelle suchen, als umgekehrt.*“ (Interview_02_PVV). Aus überregionaler Perspektive sei festzustellen, dass der Zugang und Kontakte auch über (Such-)Aktivitäten der Arbeitgeber erfolge, wobei zum einen informelle Kontakte eine Rolle spielten, aber auch die gezielte Kontaktaufnahme zu Hochschulen von Bedeutung sei. Im Bereich der operativen Pflege („komplexe Pflege am Bett“) könne zudem auf die unmittelbaren Kooperationen von Praxiseinrichtungen mit Hochschulen zurückgegriffen werden. Kennzeichnend dafür sei auch, dass Mitarbeiter in Absprache mit der Einrichtung diese Studiengänge als Möglichkeit der Weiterentwicklung und Qualifizierung wählen. Außerdem sei es auch Aufgabe der einstellenden Einrichtung, „(...) *sich zu öffnen und Möglichkeiten anzubieten (...) also Praktikums- oder Kennenlernmöglichkeiten, (...).*“ (Interview_01_PVV).

Die Experten von Einrichtungen und Trägern berichteten in der Mehrzahl von vorwiegend klassischer Personalrekrutierung in Form von Stellenanzeigen über regionale Medien und die eigene Homepage. Insbesondere Einrichtungen verzichteten jedoch zunehmend auf, aus ihrer Sicht, oftmals teure und wenig effektive Stellenanzeigen. Der regionale Bezug hat dabei zwei Ursachen: Zum einen erwarten die Experten in diesen Gehaltsklassen keine überregio-



nale Umzugsbereitschaft; zum anderen wurde in einigen Interviews von den Anstellungsträgern auch der Wunsch genannt, dass die Bewerber über Erfahrungen mit der badischen oder schwäbischen Mentalität verfügen. Während die Einrichtungen selbst kaum über eigenständige Kontakte zu Hochschulen akademisch gebildetes Personal rekrutieren, berichteten die Experten der Träger durchaus über Kooperationen zu Hochschuleinrichtungen. Besonders hervorgehoben wurde dabei die Hochschule Esslingen gefolgt von der evangelischen und der katholischen Hochschule Freiburg, den Hochschulen in Tübingen, Reutlingen, Neu-Ulm und Ludwigsburg, der Hochschule Stuttgart sowie der Hochschule Mannheim. Auffällig an dieser Stelle ist, dass sich unter den Hochschulen keine einzige Universität befindet, sondern vor allem Hochschulen mit einem größeren Schwerpunkt auf Berufspraxis. Nur vereinzelt (bei größeren Trägern) bestehen dabei formale Kooperationen beispielsweise in Form einer verbindlichen Anzahl von Praktikumsplätzen. Stattdessen werden durch informelle Kontakte (zum Teil durch ehemalige Hochschullehrer) Kennenlern-Möglichkeiten geschaffen. Insgesamt lässt sich eine große Zufriedenheit mit diesen Kooperationen konstatieren.

Einzelne Befragte (kommunale und überregionale Perspektive) äußerten, dass gegenwärtig **kein Mangel an „akademischen Fachkräften“** wahrgenommen werde, sondern genügend Bewerber vorhanden seien und in der Regel eine Besetzung der Stellen erfolge: *„Also nach meinem Eindruck ist es in dem Bereich noch nicht dramatisch. Also anders bei den nicht-akademisch Gebildeten, da haben wir ja schon Fachkräftemangel. Aber im akademisch gebildeten Bereich habe ich den Eindruck, dass es durchaus noch geht, dass man vielleicht nicht ganz so gleich auf das erste Mal den absoluten Wunschkandidaten bekommt, aber dass die Stellen schon besetzt werden können.“* (Interview_03_PVV)

97

„Also das kann ich nur aufgrund von Schlaglichtern reflektieren. Also wir haben im Bereich der Pflegefachkräfte riesige Probleme Personal zu gewinnen. Das liegt an Vielem, wobei ich nicht mal sagen würde, die Bezahlung wäre jetzt schlecht, aber es ist einfach eine schwere Arbeit mit Rahmenbedingungen, die sicher auch für Menschen, die eine Familie gründen wollen, die einen geregelten Alltag haben wollen, schwierig und belastend sind. Ob jetzt dies für die eher akademischen Bereiche gilt, habe ich Zweifel, weil ich glaube, dort ist eher eine gewisse Kontinuität in den Beratungsbereichen vorhanden. Soweit es in den Leitungsbereichen ist, glaube ich, gilt das gleiche, wie für die Pflegefachkräfte, da ist eine relativ schwierige Anforderung aus dem Arbeitsplatz heraus zu bewältigen. Ich glaube aber, dass es noch genügend gibt, (...).“ (Interview_04_PVV).

Bei der Befragung der Experten aus Einrichtungen und von Trägern zeigte sich ein differenziertes Bild: Es existieren begehrte und weniger begehrte Stellen für akademisch ausgebildetes, nicht-medizinisches Fachpersonal. Während die Personalverantwortlichen in einigen Bereichen, beispielsweise im Qualitätsmanagement, in der Begutachtung und bei Referentenstellen, durchaus aus einer größeren Anzahl an Bewerbungen wählen können, lassen sich dagegen Leitungsfunktionen in Pflegeeinrichtungen (unter anderem Wohnbereichsleitungen) kaum besetzen. Dabei wurden als Begründungszusammenhänge vor allem Vergütungsmöglichkeiten, aber auch Arbeitszeiten und Arbeitsbedingungen angegeben: *„(...) auch dort ist das Problem, wie allenthalben, dass wir in Baden-Württemberg schon feststellen, dass Stellen lange Zeit nicht besetzt werden können, lange Zeit reicht von einem Viertel Jahr bis über zwei Jahre (...) also das hat schon Auswirkungen mittlerweile, was auch passiert ist, sowohl bei den akademischen als auch bei den Pflegefachkräften, dass so ein Verteilungs-*



kampf zwischen den Einrichtungen passiert, Klammer auf 'Abwerbung' Klammer zu und Kopfprämien (...) Also es ist weniger, dass sie sagen, naja, das was von den Unis und von den Fachhochschulen, dem ganzen Hochschulsystem sozusagen kommt, die bringen das und das einfach nicht mit, sondern es ist eher das Problem, dass zu wenige Bewerbungen eintrudeln eben aufgrund der finanziellen Situation, ja.“ (Interview_03_ET)

Besondere Konkurrenzsituationen ergeben sich bei der Stellenbesetzung für Einrichtungen der Altenhilfe und Altenpflege, weil Absolventen mittlerweile auch in der freien Wirtschaft und in Behörden eine „attraktivere“ Anstellung finden können: „(...) die Konkurrenzsituation wird anders betrieben, wie gesagt, insbesondere mit der Industrie, wird immer größer und wenn es da nicht gelingt, attraktive Rahmenbedingungen zu schaffen, dann werden zum Schluss dann die Menschen fehlen (...).“ (Interview_07_ET)

Ein anderer Experte beschrieb diese Situation folgendermaßen: „Das ist auch ein Sogfeld in großen Kliniken, auch ein völlig anderes Personalvolumen und Personalmöglichkeiten, die da sind. Also im ganzen pflegewissenschaftliche Dokumentationen, Entwicklungsteile, die da drin sind, das sind die einen, die da sind und man darf ja nicht vergessen, dass die ganzen Behörden, also sprich MDK oder ähnliches, alles was aufgebaut wurde, ja im Grunde genommen, eine Konkurrenzsituation zu der Altenhilfe darstellen, weil sie die besten Kräfte durch ordentliche Arbeitszeiten abwerben.“(Interview_02_ET)

98

Damit zeigt sich innerhalb der Altenhilfe und Altenpflege ein unterschiedliches Verteilungsmuster von „attraktiven und unattraktiven Stellen“. Als problematisch ist dabei insbesondere der aktuelle Fachkräftemangel beim examinierten Pflegepersonal zu bewerten, da durch die besondere Betonung der Praxiserfahrung bei der Besetzung von Leitungsstellen in Pflegeeinrichtungen bereits jetzt der potenzielle Nachwuchs fehle, der sich überhaupt akademisch fortbilden kann. „(...) wo kommen die Fachkräfte künftig überhaupt her? Die sind ja in der Pflege schon immer da oder immer weniger, dann geht ein Teil noch weg in die Pflegestudiengänge, gut die stehen dann ja auch wieder zur Verfügung, aber ich sag mal, es sind in den letzten Jahren genug in die medizinischen Dienste und dergleichen abgewandert, ob das jetzt Qualitätsprüfungen sind oder Einstufungsbegutachtungen oder sonstiges, das hat ja auch enorm Stellen aufgefressen.“ (Interview_04_ET)

Die Befragten wiesen übergreifend auf folgende **Probleme bei der Stellenbesetzung** hin:

- hohe Anforderungen an Mitarbeiter und schlechte Arbeitsbedingungen: mangelnde Vereinbarkeit von Arbeit und Qualität/Möglichkeiten der Alltagsgestaltung für Mitarbeiter; Mitarbeitern wird eine „hohe Gesamtleistung“ abverlangt zum Beispiel Vereinbarkeit Familie und Beruf, Flexibilität, Schichtdienst und Arbeitszeit teilweise am Wochenende, Berufsmobilität, umfassendes Wissen, soziale Kompetenz, Berufserfahrung bei gleichzeitig zeitlich befristeten Arbeitsverträgen mit kurzen Laufzeiten;
- viele Aufgaben und Qualitätsanforderungen versus mangelnde Finanzierung: Herausforderungen für Einrichtungen und Träger bestehen darin, hohe Qualitätsanforderungen mit begrenzten finanziellen Mitteln zu begegnen (z. B. Pflegesätze); die Stellenbesetzung (Qualifikation, Stellenumfang) erfolgt entsprechend der vorhandenen Mittel; die Vergütung der Mitarbeiter fällt – gegenüber der freien Wirtschaft – deutlich geringer aus, was die Gewinnung hochqualifizierter Mitarbeiter erschwert;



- fehlende Anforderungsprofile: in der freien therapeutischen Praxis fehlen Anforderungsprofile für akademisch qualifizierte Therapeuten noch weitgehend; auch für die Pflege fehlen entsprechende Stellenbeschreibungen; wünschenswert wäre die Beschreibung von Kompetenzprofilen und -feldern (z. B. Schnittstellenkompetenz, betriebswirtschaftliche Kompetenz, pädagogisch-didaktische Kompetenz, soziale Fähigkeiten, Managementkompetenz, Theorie-Praxis-Transfer);
- Passung zwischen Qualifikationsprofilen der Absolventen und Anforderungen der Handlungsfelder: Eindrücke zu fehlenden Anforderungsprofilen stehen im Einklang mit Aussagen dazu, dass die Passung zwischen vorhandenen Qualifikationen der Absolventen und den Anforderungen des Handlungsfeldes nicht immer optimal gegeben ist, was zum Teil auch eine hohe Fluktuation begünstigen kann und man nur auf eine geringe Auswahl an „geeigneten“ Bewerbern zurückgreifen könne;
- Imageprobleme und Attraktivitätsmangel des Arbeitsfeldes: es wird darauf hingewiesen, dass auf der Ebene der Einrichtungen ein generelles Imageproblem besteht, das die Gewinnung von Mitarbeitern erschwert; anzunehmen sei, dass der operative Bereich in den (Pflege-)Einrichtungen von Hochschulabsolventen nicht unbedingt präferiert werde.

Da die Befragten aus dem kommunalen und überregionalen Bereich selbst keine Anstellungsträger sind, trafen die meisten Befragten keine Aussage dazu, **welche nicht-medizinischen akademischen Qualifikationen gegenwärtig auf dem Arbeitsmarkt gesucht werden**. Vereinzelt wurden aus überregionaler Sicht an dieser Stelle Annahmen dazu geäußert, welche Anforderungen und Schlüsselqualifikationen, die auch im Rahmen von (neuen) Studiengängen vermittelt werden, für die Altenhilfe und Altenpflege relevant wären (z. B. Management, Planung, Koordination, BWL, Organisation und Logistik, Prozessgestaltung, Pflegewissenschaft, Sozialpädagogik). Im günstigsten Fall müssten diese Aspekte in einem Studiengang vereint werden, was unter Umständen bereits bei der Ausbildung zum „Sozialwirt“ realisiert werde. Vertreter der kommunalen Ebene benannten neben der Aufgeschlossenheit für neue Themen (z. B. Gemeinwesenarbeit, Bürgerengagement/-gesellschaft) zudem konkrete Hinweise zu erforderlichen Fähigkeiten, die zum Teil nicht zwingend über das Studium vermittelt werden, aber für die Praxis relevant sind (u. a. rhetorische Fähigkeiten, Moderationsfähigkeit, Quartiersarbeit). Um den Praxisanforderungen zu genügen, wurden Praktika für Studierende als hilfreich angesehen: *„(...) und da erlebe ich manchmal auch eine gewisse Hilflosigkeit, wenn Menschen direkt vom Studium kommen, dann wissen sie noch gar nicht, was sie anfangen können, also Praktika in diese Richtung.“* (Interview_05_PVV). Die Experten von Trägern und Einrichtungen konnten dagegen konkrete Anforderungen formulieren. Dies gilt im Besonderen für die Besetzung von Leitungsfunktionen in Pflegeeinrichtungen. Übergreifend wurden dabei die praktischen Erfahrungen in der Pflege und erste Berufs- und Leitungserfahrungen herausgestellt:

„Also wenn wir eine Bewerbung haben, gucken wir zuerst nach der dreijährigen Examinierten, dann ob Leitungserfahrung, und dann gucken wir, ob ein Fachhochschulstudium da ist. Egal ob Bachelor oder Master, ok.“ (Interview_10_ET)

„(...)Also die Pflege ist heutzutage, gerade die Altenpflege, die Krankenpflege sicherlich auch, aber die Altenpflege ganz besonders, ein knochenharter Job. (...). Eine Leitungskraft, eine Pflegedienstleitung, die das nicht selber erlebt hat, die kann die Sorgen und Nöte ihrer



Mitarbeiter schlecht verstehen und kann bestimmte Probleme nicht nachvollziehen, also das ist ganz, ganz wichtig.“ (Interview_08_ET)

„Also ich denke, die große Chance liegt darin, dass es diese ganzen Komplikationen, die im Moment dadurch entstehen, dass Ideen ab jenseits der Praxis entwickelt werden um dann in die Praxis umgesetzt zu werden und dann gibt es immer Reibungsverluste. Wenn im Blick auf die Praxis von erfahrenen Leuten Lösungen angestrebt werden, muss es diese Reibungsverluste nicht mehr geben, weil viele Dinge im Vorfeld bedacht werden können.“ (Interview_06_ET)

Zu den weiteren Qualifikationsanforderungen gehören, wie bereits erwähnt (vgl. Kap. 4.4.1), betriebswirtschaftliche, personalwirtschaftliche und sozialrechtliche Qualifikationen, Kompetenzen im Bereich Qualitätsmanagement und Welfare-Mix, Bereitschaft zur Weiterbildung sowie kommunikative Kompetenzen und Führungsqualitäten. Darüber hinaus bewerten einige Experten je nach Trägerschaft auch „weiche“ Faktoren wie die Zugehörigkeit zu einer christlichen Konfession und Erfahrungen/Zugang zur badischen oder schwäbischen Mentalität der Menschen in Baden-Württemberg für bedeutsam.

5.3.3 Einschätzung und Beurteilung der gegenwärtigen Hochschulausbildung

100 Vereinzelt konnte von den Experten eine Einschätzung und Beurteilung der gegenwärtigen Hochschulausbildung für akademische Fachkräfte mit nicht-medizinischer Qualifikation vorgenommen werden. Dabei wurden folgende Aspekte aufgegriffen:

Entwicklung und Bewertung der Studiengänge und der Akademisierung:

- die Studienlandschaft in Baden-Württemberg sei äußerst intransparent; durch die Umstellung und teilweise Neubenennung der Studiengänge würden die Inhalte des Studiums nicht deutlich;
- die Hochschulausbildung der Physiotherapeuten gestalte sich in Baden-Württemberg momentan eher heterogen; in den baden-württembergischen Universitätsstädten (z. B. Tübingen, Heidelberg, Freiburg, Ulm) seien Studiengänge in Kooperation mit Berufsfachschulen eingerichtet worden; einige Berufsfachschulen hätten hingegen Kooperationen mit Hochschulen vereinbart, die zum Teil jedoch auch außerhalb Baden-Württembergs angesiedelt sind;
- in Bezug auf die seit nunmehr 20 Jahren bestehenden pflegewissenschaftlichen/pädagogischen Studiengänge bestehe besonderer Bedarf, Forschungstätigkeiten zu intensivieren, da diese zunächst durch den Aufbau der Studiengänge und dann durch die Umstrukturierungsprozesse infolge des Bologna-Prozesses zurückgestellt worden seien;
- kennzeichnend für die pflegewissenschaftlichen/pädagogischen Studiengänge sei, dass die Professoren häufig selbst einen berufspraktischen Hintergrund hätten und über entsprechende „Feldkompetenzen“ verfügten;
- die Akademisierung sei als Ergänzung zur beruflichen Ausbildung zu sehen; für eine Qualitätssteigerung in der Praxis sei es wünschenswert, dass 20 Prozent der Pflegenden in der Forschung tätig sind (angewandte Forschung);
- die Studienmöglichkeiten seien regional unterschiedlich verteilt: „Also das heißt, uns fehlt im Grunde genommen ein pflegewissenschaftlicher Zug in Oberschwaben, wo der



Schwerpunkt liegt. Da ist der nächste in Kempten, also auf der bayrischen Seite und leider Gottes ist ja nun immer noch die Landesgrenze in unserem föderalen System eine doch relativ große Grenze, also es nimmt sich nicht viel mit Frankreich.“ (Interview_02_ET)

- viele Studiengänge seien im top-down-Verfahren konzipiert worden und kämen den Anforderungen aus der Praxis nicht entgegen; dabei „versage“ die Pflegewissenschaft insgesamt, da sie bestimmte Pflegekonzepte in der Theorie den Studierenden vermittele, diese aber an der Realität und den finanziellen Bedingungen scheiterten;
- in Baden-Württemberg fehlten technikorientierte Studienmodelle, die auch das Thema Ambient Assisted Living (AAL) aufgreifen;

Studienmodelle in der Pflege

- in Freiburg bestünden grundständige Pflegestudiengänge (Bachelor of Nursing), die zwar nicht mit einer Anerkennung in der Krankenpflegeausbildung einhergingen, sich aber dennoch in den Arbeitsmarkt integrierten;
- daneben bestünden duale Ausbildungskonzepte, die beide Abschlüsse (Berufs- und Hochschulabschluss) ermöglichten;
- kennzeichnend für Absolventen dualer Ausbildungskonzepte sei das reflektierte Denken und analytische Vorgehen der Studierenden sowie die Fähigkeit zur Abstraktion (Übertragung von Gelerntem auf unterschiedliche Situationen);
- die Absolventen ohne vorangegangene Pflegeausbildung verfügten nur über unzureichende Praxiserfahrungen; duale Ausbildungsgänge würden darum von vielen Experten favorisiert; hier bedürfe es einer stärkeren Integration von Praxismodulen an den Hochschulen;
- die Studiengänge müssten offener für Berufstätige und als berufsbegleitende Weiterbildungsstudiengänge konzipiert werden; hierzu bedürfe es einer besseren Verzahnung der beiden Gruppen „Abiturienten-Studium“ und „Praxisausbildung-akademische Weiterbildung“.

101

Erwähnenswert ist zudem, dass vielen Experten von Trägern und Einrichtungen der Unterschied zwischen Bachelor- und Masterstudiengängen und den jeweiligen Kompetenzen der Absolventen nicht deutlich ist. Hierzu zwei Beispiele: *„Und dann müssen wir eigentlich sehen, wenn wir es ganz nüchtern betrachten, was macht denn der Master in dem einem Jahr oder eineinhalb Jahr mehr letztendlich mehr als der Bachelor, der schreibt seine Masterarbeit, das macht er ja auch noch während des Studiums, das heißt, von den Inhalten ist das fast gleich.“* (Interview_08_ET)

„Bachelor, das ist ja so eine Geschichte, die ja erst in der Umstellung auch ist, die sind ja noch nicht so wirklich in der Praxis angekommen. Die meisten, die ja jetzt in der Praxis sind, die haben ja an Fachhochschulen studiert, die haben ein, die bringen ein Diplom mit, sind also dazwischen, zwischen den Welten unterwegs und dort ist es momentan glaube ich noch egal, also zukünftig, wenn's Bachelor/Master gibt, ich glaube, dann werden die Bachelor eher in der Praxis anzutreffen sein und die Mastermenschen eher im Hochschulbereich auch.“ (Interview_03_ET)



5.3.4 Finanzielle Rahmenbedingungen

Die Experten nahmen auch eine Einschätzung zu den gegenwärtigen und zukünftigen finanziellen Rahmenbedingungen vor, die für den Einsatz nicht-medizinischer akademischer Fachkräfte in der Altenhilfe und Altenpflege zur Verfügung stehen.

Bei der Einschätzung der **gegenwärtigen finanziellen Rahmenbedingungen** wurden von den Befragten für die Beschäftigungsfelder „Pflege“ und „Therapie“ die „begrenzten Mittel“ und die fehlende „qualifikationsbezogene Vergütung“ problematisiert. Eine inadäquate Bezahlung sowie das geringe Ansehen der Pflegeberufe könne zunächst ganz allgemein in der Diskussion um den Fachkräftemangel festgestellt werden. So bilde sich für nicht-medizinische akademische Fachkräfte in der Altenhilfe und Altenpflege eine qualifikationsbezogene Stufung der Gehälter bislang noch nicht oder nicht hinreichend in den Tarifstrukturen und -verträgen ab. Auch sei beispielsweise die Weiterbildung zur Pflegedienstleitung nicht bundeseinheitlich geregelt und entsprechend tariflich festgelegt. Dabei könne es auch vorkommen, dass der primäre Bedarf die Vergütung reguliert und Akademiker ein ähnliches Einkommen erzielen wie eine Pflegefachkraft: *„Gut, also finanziell muss man derzeit sagen, Hochschulabsolventen werden nicht anders bezahlt als Mitarbeiter mit einer Berufsausbildung, also da wird kein Unterschied gemacht, also in der Bezahlung, was denke ich auch sicherlich Absolventen abhalten kann, sich hier zu bewerben oder auch hier bei uns anzufangen, also da sind keine Reize da.“* (Interview_10_ET)

102

„Studienkollegen (...) haben dann also Pflegepädagogik gemacht und verdienen dann unter Umständen vielleicht weniger als vorher als Pflegefachkraft mit Wochenend- und Nachtzuschlägen und so weiter (...) Intensivpflegekräfte sind gesucht ohne Ende, die haben ein Gehalt, das ist sehr hoch, das ist kein Studiengang, aber den brauchen wir da sehr, also der verdient dort mehr als die Leitungskräfte dort vor Ort, weil wir den einfach brauchen.“ (Interview_09_ET)

Dies sei eine Schwierigkeit, die sich beispielsweise auch für Absolventen der Sozialpädagogik zeige: „(...) Ich weiß jetzt nicht, inwieweit das in den Tarifstrukturen schon berücksichtigt ist. Ich kann mich erinnern, dass in unserem Bereich, Sozialpädagogik, das einfach immer wieder eine Schwierigkeit war, den akademischen Abschluss sozusagen finanziell abgebildet zu bekommen, dann hat man eben die Sozialarbeiterstellen angeboten bekommen, die natürlich anders dotiert sind als die Akademikerstellen und ich könnte mir vorstellen, dass es in diesem pflegeakademischen Bereich sozusagen auch ein Problem sein könnte, dass es nicht genug gewürdigt wird, weil es noch zu unbekannt ist, was die Leute können auch.“ (Interview_01_PVV)

Eine wesentliche Begründung dafür bestehe darin, dass dementsprechend eindeutige Stellenbeschreibungen (noch) fehlen, die auch die Alleinstellungsmerkmale und Unterschiede zwischen verschiedenen Qualifikationen, insbesondere in der Unterscheidung zwischen Pflegefachkraft und akademisch qualifizierter Fachkraft, ausweisen. Insgesamt sehen die Experten das größte Problem in der Diskrepanz zwischen Anforderungen und Vergütungsmöglichkeiten für akademisches Personal – sowohl im Hinblick auf den finanziellen Spielraum insgesamt als auch die derzeitigen tariflichen Beschlüsse. *„Bezahlung dürfte oftmals immer noch ein Problem sein, ja, die Leute haben in der Regel ja einen Werdegang hinter*



sich, sie haben viele Jahre an Berufsausbildung durchlaufen, wenn ich jetzt mal Studienzeit rechne plus Ausbildung, dann erwarten diese Menschen auch ein gewisses Gehalt und das ist noch nicht überall vorzufinden, oder die Einrichtungen sind noch nicht bereit, das auch an der ein oder anderen Stelle zu zahlen.“ (Interview_03_ET)

Vergleichbares wurde auch für therapeutische Berufe berichtet und hervorgehoben, dass Möglichkeiten einer qualifikationsbezogenen Vergütung auf den Handlungsspielraum des jeweiligen Anstellungsträgers zurückgeworfen werden: *„Auch das ist ein ganz wichtiges, sogleich ein ganz schwieriges Thema. Also im Bereich der frei niedergelassenen Praxis, (...), stehen natürlich nicht mehr Mittel zur Verfügung, ob ich jetzt einen Bachelorabsolventen oder einen Berufsfachschulabsolventen einstelle, (...), man bekommt die vorgeschriebenen Sätze von den Kassen für die Behandlung und die sind festgeschrieben, unabhängig davon, von wem der Patient behandelt wird. Ob man dann in der Praxis Möglichkeiten findet, dort Gehaltsunterschiede zu machen, das bleibt einem dann überlassen.“ (Interview_08_PVV)* Teilweise zeichneten sich jedoch auch hier Spielräume ab: *„Also, das ist eine Interpretation aus meiner Seite, ich bin davon überzeugt, es gibt auch das derzeitige Vergütungssystem, sei es jetzt der BRT oder TV oder auch die allgemeinen Vertragsrichtlinien in der katholischen Kirche. Also ich denke, da sind Spielräume drin, dass wir da akademische Bewerber vergüten können.“ (Interview_05_ET)*

Als weiteres Hindernis sei in dem Zusammenhang anzusehen, dass im SGB XI zwar inhaltliche Rahmenregelungen enthalten sind (z. B. Beratungsaufgaben in den Pflegestützpunkten, Qualitätssicherung, Expertenstandards, Case Management), die durchaus den Einsatz akademischer Qualifikation nahe legen, konkrete Vorgaben zur Personalqualifikation im SGB XI jedoch bislang fehlen. Diesbezüglich bestehen auch keine Vorgaben für die Pflegesatzverhandlungen, so dass eine qualifikationsbezogene Vergütung jeweils individuell auszuhandeln ist. Vereinzelt bemängelten Experten der Trägerebene, dass zu viele Gelder in die Kontrolle der Pflege fließen.

103

Im Beschäftigungsfeld „Kommune“ stellt sich dies aus Expertensicht etwas anders dar, weil hier im Vorfeld der Stellenbesetzung bereits eine Festlegung der Einstufung und des Anforderungsprofils erfolgen und diese im Haushalt ausgewiesen und gewährleistet werden. Aus kommunaler Perspektive wird jedoch hervorgehoben, dass die Kommune bei der Stellenbesetzung den „Standard“ – also auch die jeweilige Qualifikationsstufe – individuell festlege und diesbezüglich durchaus auch ein „Gefälle“ bestehen könne. Entsprechende Entscheidungen stünden dabei jeweils in engem Zusammenhang mit der Haushaltslage der Kommune. Erhebliche Einschränkungen ergäben sich deshalb für Tätigkeitsbereiche, für die keine regelhafte „Gegenfinanzierung“ (z. B. Pflegesätze, leistungsbezogene Entgelte) vorgesehen sei (z. B. die Beratung).

Grundsätzlich stellte sich für die Befragten eine Beurteilung der **zukünftigen Entwicklung der verfügbaren finanziellen Rahmenbedingungen** als schwierig und unwägbar dar. Man gehe nicht davon aus, dass sich die finanziellen Rahmenbedingungen verbessern werden, sondern erwarte eher eine geringere Finanzausstattung. Entscheidend sei dann, wie diese begrenzten Ressourcen letztendlich eingesetzt werden: *„(...) dass die Refinanzierung der Einrichtung über die Tagessätze entsteht, welche die Bewohner zu bezahlen haben und hier ist es im Moment einfach so, dass die Gesellschaft oder die Angehörigen im Moment nicht*



bereit sind, ein adäquaten Preis zu bezahlen, das ist eher ein gesellschaftliches Problem, weil die Arbeit der Mitarbeiter, die diese Pflege verrichten, wird einfach aus meiner Sicht nicht adäquat vergütet, dementsprechend wird auch die Führungsfunktion nicht adäquat vergütet, sicherlich in dem, was ein Hochschulabsolvent dann auch erwartet, das ist tatsächlich einfach das große Problem, wenn sich da in der Zukunft nichts verändert, werden die Einrichtungen, werden alle Einrichtungen in diesem Bereich massive Probleme haben, wir haben heute schon einen sich abzeichnenden Fachkräftemangel, wir stehen in Konkurrenz zur Industrie.“ (Interview_07_ET)

Um dem steigenden Bedarf (z. B. Zunahme pflegebedürftiger Menschen) zu entsprechen, könnten – so die Erwartungen und Annahmen von einigen Befragten – auch finanzielle Ressourcen für den Einsatz von nicht-medizinischen akademischen Fachkräften zur Verfügung gestellt werden. Dies könnte wahrscheinlich im Rahmen einer (Um-)Verteilung geschehen. Das Ausmaß der Finanzierungsmöglichkeiten hänge dabei von der wirtschaftlichen Entwicklung und gesellschaftlichen Relevanz des Bereichs ab. Entscheidend sei jedoch auch, dass die Kernkompetenzen nicht-medizinischer akademischer Fachkräfte herausgestellt und der damit verbundene „Mehrwert“ begründet würden.

104 Für die Sicherstellung der Effizienz der Versorgungssysteme sei es zudem auch erforderlich, die Steuerungspositionen als Teil der Systeme zu berücksichtigen und diese dauerhaft finanziell abzusichern: *„Also man muss sicher noch mehr als in der Vergangenheit den Fokus darauf richten, dass man diese Mittler und Zusammenbringer der Systeme, also diese Care Manager, aber auch die Führungskräfte, weil die im Grunde die wichtigste Steuerungsposition auch haben, dass man die adäquat bezahlt. Sprich, man muss auch in den Systemen, Pflegeversicherung, Krankenversicherung, auch Sozialhilfe, eben entsprechende Mittel vorsehen, dass man die Personen bekommen kann. Weil letztendlich die Systeme nur in ihrer Leistungsgewährung zu steuern, aber nicht in der Effizienz der Systeme selber, wäre natürlich fatal. Und von daher wird man sicher da in Zukunft noch ein größeres Augenmerk darauf richten müssen, wie man die Finanzierungen vorsieht. Ein schönes Beispiel ist sicher die Pflegeversicherung, da hat man am Anfang jetzt im Grunde genommen versäumt, die Mittler in die Systeme und die Vernetzung dieser Systeme mit in den Fokus zu nehmen und da versucht man jetzt nach und nach nachzubessern, weil man einfach merkt, die Komplexität lässt den Abnehmer der Leistung, aber auch die Akteure innerhalb des Systems überfordert (...). (...) und deshalb braucht man diese Mittler, diese Manager dieser Prozesse. (...) da muss man natürlich verlässliche, kontinuierliche, dauerhafte Finanzierungsquellen sicherstellen. Das muss ein Teil der jeweiligen Systeme werden.“ (Interview_04_PVV).*

Auch Angebot und Nachfrage (höherer Pflegebedarf, größeres Angebot an Absolventen) könnten auf die zukünftige Entwicklung von Pflegesatzverhandlungen Einfluss nehmen; allerdings sei zu berücksichtigen, dass auf die Verhandlungen weitere Faktoren einwirken und beispielsweise auch aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs finanzielle Mittel erforderlich werden. Von einzelnen Befragten wurde auch die Möglichkeit in Betracht gezogen, dass zukünftig gegebenenfalls zusätzliche Mittel zur Verfügung stehen. Denkbar sei beispielsweise eine Aufstockung der Pflegeversicherungsbeiträge; auch eine Zuspitzung der pflegebezogenen Problemsituationen (z. B. Fachkräftemangel, Sicherstellung der pflegerischen Versorgung) könne dazu beitragen, den öffentlichen Druck zu erhöhen und gegebenenfalls zur Bereitstellung zusätzlicher Mittel führen. Die folgenden Ausführungen aus kom-



munaler Perspektive verdeutlichen dies anschaulich: *„Das glaube ich, wird sich erst mal gar nicht so viel verändern, also erst wenn dieser Druck kommt, dass wir Pflege nicht mehr anders organisieren können, als durch mehr Koordination. Ich glaube, erst wenn so ein öffentlicher Druck da ist, dann wird auch mehr Geld da rein fließen. (...) Wenn wir in der Pflege nicht mehr genügend Fachkräfte zum Beispiel haben, dann wird die Frage sein, wie können wir es denn irgendwie halbwegs organisieren. Und dann brauche ich mehr Personal, eben nicht-pflegerisches Personal, das hier eben diese Brücken schlägt. Zum Beispiel auch, um Ehrenamtliche, um Angehörige, um soziales Umfeld, Nachbarschaft zu integrieren und dort Hilfefpotenziale mit einzubauen. Aber das geht nicht von allein, und dazu brauche ich keine Pflege (im Sinne von Pflegefachkraft, Anm. d. V.). (...)“* (Interview_02_PVV)

„Also das heißt, es würde der Politik aus meiner Sicht deutlich vor die Füße fallen, muss es auch, sie hat jetzt 15 Jahre geschlafen, was jetzt in der Pflegereform von Herrn Bahr passiert, ist auch ein Armutszeugnis, aber ist der Druck und die Zeit vielleicht einfach noch nicht reif und erst dann reagiert die Politik.“ (Interview_02_ET)

Gegen eine Ausweitung finanzieller Rahmenbedingungen spreche jedoch, dass sich innerhalb der bestehenden Finanzsysteme in den nächsten Jahren keine Entwicklungsmöglichkeiten und Spielräume abzeichnen. So spreche zum einen der Wettbewerb der Einrichtungen untereinander gegen eine Refinanzierung höher qualifizierten Personals über die Pflegesätze. Es sei dabei im Interesse der Einrichtungen, die Pflegesätze nicht über Gebühr ansteigen zu lassen, um eine Fluktuation der Kunden zu vermeiden. Auch die Vorgaben zu Personalschlüsseln stellen eine Begrenzung für die qualitative Ausweitung der Personalstruktur dar. Wahrscheinlicher sei letztlich, dass Träger sich im Eigeninteresse für hochqualifiziertes Personal entscheiden und dies aus eigenen Mitteln refinanzieren.

105

Infolge der Akademisierung sei zudem auch eine „Emanzipation der Gesundheitsberufe“ zu erwarten, womit auch die Hoffnung auf Veränderungen der Leistungsvergütung verbunden ist. *„Also, ich bin fest davon überzeugt, dass sich die gesamten Gesundheitsfachberufe weiter emanzipieren werden, dass es auf jeden Fall in Richtung Akademisierung geht. Der Zug rollt und lässt sich auch nicht mehr aufhalten. Und ich denke auch, dass man irgendwie Formen finden muss, da auch finanziell dem Ganzen Rechnung zu tragen.“* (Interview_08_PVV)

„Man hat ja im 19. Jahrhundert die billigste Pflegemethode gefunden, indem ich Ordensschwestern in die Pflege gegeben habe, dass ich dieses überwinde und damit auch das Ansehen der Pflege insgesamt noch mal verändern kann. Ich glaube, da liegt auch eine Chance drin für das Feld insgesamt, auch für die dann eintretende Akzeptanz der Pflegeberufe in ihrer Wertschätzung in der Gesellschaft. Wertschätzung wirklich in beiden Richtungen gemeint, also auch dann im materiellen Wert und da sehe ich schon durch diese Akademisierung, die da ist, einen, ja einfach eine Chance in dem Bereich voran zu kommen.“ (Interview_02_ET)

5.3.5 Allgemeine Bewertung und Ausblick

Abschließend erfolgte eine allgemeine Bewertung und Einschätzung zum Thema nicht-medizinischer akademischer Personalbedarf in der Altenhilfe und Altenpflege und eine Beurteilung von Chancen und Nutzen, Grenzen und Barrieren sowie förderlichen und hinderlichen



Rahmenbedingungen. Die demografische Entwicklung wird dabei sowohl als begünstigend als auch hinderlich in Bezug auf die Akademisierung der Altenhilfe interpretiert: Zum einen könnte durch die zunehmende Alterung der demografische Druck auf die politischen Akteure steigen, zum anderen berge die alternde Gesellschaft auch das Risiko einer zusätzlichen Beschneidung finanzieller Spielräume. Der Druck auf die jeweils eigene Einrichtung hängt dabei auch maßgeblich von regionalspezifischen Mustern der demografischen Entwicklung ab: *„(...) also die Zahlen sprechen eindeutig dafür, dass die, allein bei uns hier im Landkreis in der Umgebung, die Zahl der alten Menschen wird um über dreißig Prozent steigen, die der über neunzigjährigen bis 2030 wird sich verdreifachen nach diesen statistischen Erhebungen und damit steigt natürlich auch das potenzielle Pflegerisiko, nur die Zahl der Mitarbeiter, die in die Pflege gehen könnten, die wird geringer, die Konkurrenzsituation wird anders betrieben, wie gesagt, insbesondere mit der Industrie wird immer größer und wenn es da nicht gelingt, attraktive Rahmenbedingungen zu schaffen, dann werden zum Schluss dann die Menschen fehlen, die die Pflege übernehmen könnten (...).“ (Interview_07_ET)*

Als **Chancen und Nutzen** wurden verschiedene Aspekte angeführt, insbesondere jedoch darauf hingewiesen, dass mit dem Einsatz von nicht-medizinischem akademischem Personal eine „höhere/andere Qualität“ oder ein „Qualitätsgewinn“ verbunden sein kann. Dies wurde unter anderem damit begründet, dass akademische Fachkräfte nicht nur über Fachwissen verfügen und „ihre Professionalität einbringen“, sondern auch andere Kompetenzen, die mit einer akademischen Ausbildung assoziiert sind (zum Beispiel Koordinationskompetenz, Reflektionsvermögen). Inhaltlich sei es für die Altenhilfe und Altenpflege unumgänglich, neue Erkenntnisse beispielsweise aus den Bereichen Versorgung (Dekubitusprophylaxe, Ernährungsmanagement), Gerontopsychiatrie, Qualitätsmanagement und Technikeinsatz in die Praxis zu transferieren.

Einige Experten betonten, dass durch eine stärkere Akademisierung der Pflege auch ein verbesserter Theorie-Praxis-Transfer zu erwarten sei. Darüber hinaus könnte durch den Einsatz akademisierter Lehrkräfte eine Verbesserung der beruflichen beziehungsweise hochschulischen Ausbildung erzielt werden. Dies beinhaltet auch, dass Pflege künftig den steigenden Anforderungen in der Patientenversorgung gerecht werden muss.

Weitere Experten der überregionalen Perspektive und der Träger sahen Chancen darin, dass eine höhere Ergebnisqualität (verbesserte Ressourcenorientierung, bessere Nutzerorientierung im Sinne von besseren, individualisierten Dienstleistungen, die zu Lebensqualität und Gesundheit beitragen) erreicht werden könne. Des Weiteren thematisierten die Befragten in diesem Zusammenhang, dass abgestufte Qualifikationsanforderungen eine Chance und Nutzen für Einrichtungen darstellen können und entsprechend der Ausdifferenzierung der Versorgungsangebote Mitarbeiter mit unterschiedlichen Berufen und Kompetenzen eingesetzt werden können (Qualifikationsmix): *„Also es ist ganz klar, (...), die Versorgungsangebote differenzieren sich weiter. Das ist eine Tendenz und entsprechend habe ich natürlich auch abgestufte Qualifikationsanforderungen. Und in diesem ausdifferenzierten Bereich, ich habe im Bereich der Krankenhäuser, aber auch im Bereich der Heime, auch immer mehr jetzt Personen, die nicht im engeren Sinne in der Pflege eingesetzt sind, die aber sehr wohl eingesetzt sind, um Pflegefachkräfte sowohl akademisch Ausgebildete als auch Andere, zu entlasten von Dingen, die nicht Pflege im engeren Sinne sind, Essen bringen, was holen, beim Anziehen helfen, im Rollstuhl in den Speisesaal oder zum Arzt schieben, all solche*



Dinge, also ich habe eine sehr viel stärkere Ausdifferenzierung als früher, wo ich im Wesentlichen die dreijährig ausgebildete Pflegefachkraft und den Pflegehelfer hatte. Da habe ich ein sehr viel größeres Tableau, ein Mix an Personal und Berufen und Kompetenzen und das sehe ich natürlich als eine große Chance auch an und einen Nutzen für die Einrichtungen gezielt für bestimmte Bedarfe dann auch abgestufte Qualifikationen zur Verfügung zu haben.“ (Interview_07_PVV) (s.o.)

Bedeutung komme akademischen Fachkräften dabei unter anderem in der Steuerung von Prozessen zu. Einige Experten von Trägern verweisen diesbezüglich unter anderem auf zunehmend kleinere Arbeitseinheiten hin, die es zu koordinieren gelte. So zeigt sich ein deutlicher Trend hin zu veränderten Wohnformen für Pflegebedürftige, dem sich die Einrichtungen weiter öffnen müssen.

Außerdem wurde aus überregionaler Sicht eine Chance darin gesehen, dass sich der Einsatz von hochqualifiziertem Personal „rechnen“ könne, wenn dieser beispielsweise zu einer bedarfsgerechten Versorgung oder zu einem effektiven Mitteleinsatz beiträgt; auch einrichtungsintern könne der Einsatz akademischer Fachkräfte, die beispielsweise pflegerische, betriebswirtschaftliche und konzeptionelle Kompetenzen in sich vereinen, zur Steigerung der Effizienz und Effektivität beitragen. „(...). Also das sehen wir durchaus auch in den Kommunen, das natürlich das Umgehen, gerade auch in den Städten, die entsprechendes Personal haben, sehr viel qualifizierter wird oder wenn man zum Beispiel Fallmanagement sich anschaut. Wenn man hier sehr stark einsteigt, ich denke, das macht sich sehr bezahlt und macht sich auch finanziell bezahlt. Das ist zum Beispiel eine Erkenntnis, die auch zunimmt, dass man in der Abklärung hochqualifiziert einsteigt, um hier auch dann den Bedarf entsprechend richtig befriedigen zu können. Also von daher denke ich, wird das schon gesehen, welchen Nutzen der Einsatz von akademischem Personal in dem Bereich hat.“ (Interview_03_PVV)

107

„Wir haben genügend Beispiele in unserem Bereich, wo das wirklich gut läuft, wo man dann auch sagen kann, solche Einrichtungen fallen auch nicht durch irgendwie jetzt besonders hohe Kosten auf, ja, sondern die haben eben diese Effektivitätsressourcen, die dann auch durch Einsatz von so flexibel ausgebildeten, akademisierten Leuten möglich sind, die haben die eben auch ausgenutzt. Haben natürlich aber wahrscheinlich auch subjektiv dann die richtigen Personen bei der richtigen Einrichtung, ja, oder beim richtigen Verband und dann passt das, ja.“ (Interview_06_PVV)

Eine weitere Chance stelle der mögliche „Imagegewinn“ dar; durch die Akademisierung können das Ansehen des Berufsfelds, aber auch das berufliche Selbstverständnis der dort Tätigen gesteigert und individuelle Aufstiegschancen und berufliche Perspektiven eröffnet werden. Hier wünschen sich einige Experten auch eine größere politische Aufmerksamkeit: Pflege sei bislang zu wenig auf intermediärer Ebene organisiert (s.o.). Mit der Akademisierung gehe zudem die Möglichkeit zur Sicherstellung der Anschlußfähigkeit auf europäischer Ebene (Stichwort Bologna) und die Intensivierung von Forschung (Stichwort Evidenzbasierung) einher.

Als **förderliche Rahmenbedingung** erweise sich zudem, dass dem Thema Akademisierung allgemein eine hohe Bedeutung zukomme und dieses auch für Kommunen ein Zukunftsthe-



ma darstelle: „Ja, da hat sich in der letzten Zeit sehr viel entwickelt, also so in dem Bereich (...), den ich überblicke, gerade auch in den Kommunen. Wir sehen, dass viele Kommunen sich mit dem Thema intensiv beschäftigen und daraus dann auch die Beschäftigung von entsprechendem Personal dann resultiert. Also das ist ja dann nicht nur Altenarbeit, Altenhilfe, Altenpflege, sondern dann auch in verwandten Berufen oder Förderung bürgerschaftlichen Engagements und so weiter. Dort ist ja auch eine (...) deutliche Zunahme der Fachkräfte mit akademischer Ausbildung festzustellen.“ (Interview_03_PVV). Der Bekanntheitsgrad derartiger Studiengänge und damit auch die Beschäftigungsmöglichkeiten für Absolventen hätten sich in den letzten Jahren deutlich gesteigert. Dies gelte im Besonderen für die pflegewissenschaftlichen Studiengänge. Einige der Experten der Träger gehören zu den ersten Studierendengruppen dieser Studiengänge und sehen eine zunehmende Offenheit der Arbeitgeber gegenüber entsprechenden Absolventen.

Aus kommunaler und überregionaler Perspektive sei es ebenfalls förderlich, dass die hohen fachlichen Anforderungen (Case Management) und erforderlichen Kompetenzen (Steuerung, Planung) in der Altenhilfe und Altenpflege eine Akademisierung „begründen“ und den zukünftigen Einsatz akademischer Fachkräfte vorantreiben. „(...) aber wenn man die Anforderung eben anschaut, die in Zukunft kommen wird, also dann sehe ich (...) wenig Grenzen, dass akademische Kräfte für dieses Feld eingesetzt werden, weil ich glaube, eine Pflegefachkraft, mit welchem Hintergrund, ob jetzt Kranken-, oder Alten-, oder Kinderkrankenpflege, wird nur mit entsprechender Fort- und Weiterbildung, die aber irgendwann dann in eine akademische Ebene gehoben wird, in der Lage sein, diese Prozesse adäquat zu steuern. (...)“ (Interview_04_PVV)

108

Eine weitere Beförderung des Themas gehe von der Weiterentwicklung gesetzlicher Rahmenbedingungen aus, wobei zum einen auf die Berufsgesetze Bezug genommen wurde (zukünftige Regelung akademischer Ausbildungen), zum anderen auf vorhandene sozialrechtliche Regelungen insbesondere im SGB XI, die bereits auf den Einsatz akademischer Qualifikationen zumindest implizit hindeuten. „Sicherlich Dinge, wie beispielsweise die bereits erwähnten Eckpunkte des neuen Berufsgesetzes, die so eine akademische Ausbildung tatsächlich regeln. Bisher haben wir ja eine Modellklausel und daraus sind Modellstudiengänge entstanden, die aber im Einzelnen nicht geregelt sind. Das ist sicher eine förderliche Rahmenbedingung, wenn das Gesetz dann auch entsprechende Eckpunkte bekommt. Weitere förderliche Rahmenbedingungen sind die auch schon angesprochenen Regelungen im SGB XI, Expertenstandards, Qualitätssicherung, Prozessmanagement. All diese Dinge, die auf den akademischen Bereich hinzielen, weil dann einfach klar wird, das wird erwartet und dann werden umgedreht auch die Pflegekassen verpflichtet sein, das in die Vergütungsverhandlungen, in die Pflegesatzverhandlungen mit einzubeziehen.“ (Interview_07_PVV)

An Letztgenanntes anknüpfend sei es jedoch wünschenswert und erforderlich, dass auch rechtliche Voraussetzungen und finanzielle Rahmenbedingungen für systemübergreifende Steuerungsansätze geschaffen werden, die die bisherige Versäulung der Leistungserbringungssysteme überwinden. Darüber hinaus stelle die (tendenziell zunehmende) Bereitschaft zur Bereitstellung finanzieller Ressourcen eine weitere förderliche Rahmenbedingung dar, wobei die Finanzierungsbereitschaft auch im Zusammenhang mit der Legitimation und dem Nachweis eines Nutzens gesehen wird: „Ja sicher in der Finanzierung. Also da habe ich jetzt keine Zweifel. Klar ist auch, diese Kräfte werden eher in der Steuerung sein, wir werden aber nach wie vor im hohen Maße auch im operativen Bereich, (...) am unmittelbaren Dienst am



Menschen Personal benötigen. Aber ich glaube schon, also das ist jetzt natürlich ein ferner Vergleich, aber der Controller in der Betriebswirtschaft, im Betrieb hat natürlich immer dort seinen Nutzen entfalten können, wo er denn nachweisen kann, das er auch Sinn macht, in der Gestaltung der Prozesse, in der wirtschaftlicheren Erstellung des Produktes. Und wenn natürlich derjenige, der jetzt der Prozessgestalter, der Leiter von Einrichtungen, wenn derjenige deutlich machen kann, dass die Produkterstellung, und das muss nicht immer wirtschaftlich sein, das kann auch qualitativ natürlich sein, dass das besser wird, dann ist natürlich schon ein Nutzen für den Einzelnen, aber auch ein gesamtgesellschaftlicher Nutzen da. Und das gilt es natürlich auch herauszuarbeiten.“ (Interview_04_PVV)

„Also ich denke nicht, dieses Jahr nicht und auch nicht in zwei Jahren. Ich sage immer, also mit der Pflege kann man jetzt hier keinen Wahlkampf gewinnen, das ist so, aber ich denke in 10-15 Jahren kann man auch eine Wahl mit der Pflege gewinnen aufgrund des demografischen Wandels, dem Pflegekräftemangel den wir haben, der braust auf uns zu, das spüren wir bei den Qualitätsprüfungen. Ich denke da könnte man den Druck politisch mehr aufbauen. Derzeit sehen Sie ja auch in der Presse, was ist, also Pflege ist uninteressant für die Politik.“ (Interview_10_ET)

Mit der Perspektive Akademisierung gehen nach Meinung der Experten zudem Möglichkeiten einher, förderliche Rahmenbedingungen für eine (familienfreundliche) Arbeitsgestaltung und -bedingungen zu schaffen (einschließlich flexibler Arbeitszeiten, Vergütung, Entscheidungsbefugnis, Entwicklungsmöglichkeiten, gesellschaftlicher Anerkennung) und zum Verbleib von Absolventen im Berufsfeld beizutragen.

Förderlich für den Berufseingang von Absolventen sei es zudem, dass Studiengänge „entsprechend an den Realitäten ausgerichtet sind“ und eine Zusammenarbeit zwischen Hochschule und Praxis erfolgt, um den Entwicklungen „vor Ort“ Rechnung zu tragen: *„Förderliche? Ja gut das die, sowohl die Ausbildungsgänge als auch die Studiengänge entsprechend an den Realitäten ausgerichtet sind. Da erscheint es mir auch ganz arg wichtig, die Zusammenarbeit zwischen Universitäten, Hochschulen und der praktischen Ebene. Ich kann das nicht oft genug betonen, dass es wichtig ist, dass die Leute nicht nur theoretisches Wissen vermittelt bekommen, sondern auch wirklich die Praxis draußen vor Ort miterleben müssen. Und zwar aufgrund dieser permanenten, prozesshaften Entwicklung auch in diesem Bereich. (...).“ (Interview_06_PVV)*

Aus der Trägerperspektive wurden vereinzelt auch die föderalen Rahmenbedingungen in Baden-Württemberg benannt. Dabei erwähnen Experten die guten Pflegenoten für die eigenen Einrichtungen im Bundesland und die insgesamt guten Ausbildungsmöglichkeiten in den Regionen. Vereinzelt wurde jedoch mit Blick auf die Altenhilfe auch die Praxis des Länderfinanzausgleichs kritisiert, der nach Ansicht einzelner Experten zu Versorgungsungleichheiten führe.

Die Mehrzahl der Befragten benannte die fehlende Refinanzierung als **Grenze und Barriere für den Einsatz nicht-medizinischer akademischer Fachkräfte**. Neben Begrenzungen durch bestehende Personalschlüssel und finanzielle Deckelungen sei zu beachten, dass im Zuge der Pflegereform zukünftig verschiedene finanzwirksame Entwicklungen (z. B. Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs) in Konkurrenz zueinander treten. Allerdings



könne mit der Ressourcenverknappung auch etwas „Gutes im Schlechten“ einhergehen, weil dadurch Überlegungen zur Mittelverwendung präzisiert und gewichtet werden müssen. Damit einhergehend wurde auch thematisiert, dass in Deutschland einerseits eine Anpassung der Gehaltsstrukturen für nicht-medizinische akademische Qualifikation fehle oder in bestimmten Handlungsfeldern keine qualifikationsbezogene Vergütung bestehe; andererseits beinhalte das gegenwärtige Vergütungssysteme sehr große Unterschiede, die die Bezahlbarkeit von ausschließlich akademischen Qualifikationen in Frage stellen.

Der Einbezug nicht-medizinischer akademischer Qualifikation in der Altenhilfe und Altenpflege unterliege zudem auch Begrenzungen, die sich infolge der ärztlich vorbehaltenen Aufgaben und Tätigkeiten ergeben. Außerdem sei zu bedenken, dass die Anforderungen in den Handlungsfeldern nicht zwingend eine Vollakademisierung erfordern, sondern ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Leitung, Planung und Steuerung und operationaler Ebene im Vordergrund stehe. *„Und das denke ich, das wird eine der größten Herausforderungen auch der Zukunft sein und dies stellt im Moment sicherlich auch eine Barriere dar, (...). Es muss die Balance da sein zwischen Akademisierung und operationalem Aufgabengebiet. Denn es sind die Leute, die gepflegt werden müssen, wir-, und bei denen die Pflege ankommen soll und muss, und die erfolgt eben durch die tagtägliche Arbeit, ja (...). Weil ich kann natürlich viel planen und machen und tun, (...), aber der Dienstplan ist trotzdem einer, der am nächsten Tag funktionieren muss. Und zwar mit den Leuten, die da sind oder die im Zweifel im Urlaub oder krank sind und plötzlich nicht kommen, ja, (...), dann muss es trotzdem funktionieren, ja. Und (...) deswegen muss das ein angemessenes Verhältnis sein.“* (Interview_06_PVV)

110

Auch wenn für einzelne therapeutische Berufe eine Vollakademisierung angestrebt werde, stehen beispielsweise in der Physiotherapie, ebenso wie in der pflegerischen Versorgung gegenwärtig abgestufte Qualifikationsanforderungen im Mittelpunkt der Diskussion, das heißt, dass für verschiedene therapeutische oder pflegerische Interventionen nicht zwingend ein akademischer Abschluss erforderlich sei und auch Assistenzaufgaben denkbar sind.

Auch Informationsdefizite und Vorbehalte bei Arbeitgebern bezüglich der Kompetenzen der Absolventen (neuer) Studiengänge können den Einsatz von akademischen Fachkräften einschränken; hier kommt der Informationsarbeit seitens der Ausbildungsträger Bedeutung zu.

Darüber hinaus wurden vereinzelt weitere **Grenzen und Barrieren** angeführt:

- unterentwickeltes Berufsselbstverständnis in der Pflege: „der Professionalisierungsprozess ist optimierbar“;
- unzureichende Anzahl Studierender: es ist ungewiss, ob sich zukünftig ausreichend Studierende für die hier relevanten Studiengänge entscheiden werden;
- mangelnde Transparenz im Studienangebot und teilweise Unterversorgung in Oberschwaben;
- in einigen Handlungsfeldern, wie beispielsweise dem bürgerschaftlichen Engagement, ist eine hohe Fluktuation von akademischen Fachkräften zu verzeichnen;
- die hohe Fluktuation ist teilweise auch das Ergebnis familienunfreundlicher Arbeitsbedingungen;
- theoretische Pflegekonzepte zeigen keinen hohen Innovationscharakter und entsprechen häufig nicht den gegebenen Realitäten.



Es existieren unterschiedliche **hinderliche Rahmenbedingungen**, die von den meisten Befragten aufgeführt wurden:

- fehlende Refinanzierungsmöglichkeiten: Ein Einsatz akademischer Fachkräfte erfolgt nur in Bereichen, die entsprechende Refinanzierung vorsehen;
- fehlende Nachweise für den Nutzen des Einsatzes von akademischen Fachkräften, die eine Grundlage für die politische Entscheidungsmaxime bilden;
- fehlende Anpassung der Gehaltsstrukturen;
- Informationsdefizite bei Arbeitgebern bezüglich der Kompetenzen und Fähigkeiten akademischer Fachkräfte;
- Fachkräftemangel: Abnahme der verfügbaren Pflegefachkräften (Abwanderung in andere Handlungsfelder, geringere Zahl an Studierenden und Auszubildenden, Alterung der Belegschaften und fehlende demografieorientierte Anpassung der Arbeitsplätze);
- soziale, personalintensive Dienstleistung: Die operative Ebene (Pflege am Menschen) wird weiterhin den Schwerpunkt bilden; im Gegensatz zu anderen Branchen können in der Pflege weniger Arbeitsprozesse automatisiert oder technisiert werden „(...). Und wir haben insoweit nicht die Möglichkeit, wie vielleicht in der Industrie, wo man (...) viel technisieren kann, also es ist eine mangelnde oder einfach fehlende Technisierung dieser ganzen Gesundheitseinrichtungen, (...), (...) es bleibt eigentlich der operative Teil, den kann ich auch nicht durch irgendwelche konstruierten Roboter dann ersetzen, ja, die ich vorher (...) konstruieren muss und dafür Fachkräfte brauche, Akademiker brauche, das brauche ich dort nicht.“ (Interview_06_PVV);
- unzureichende Durchlässigkeit und Anschlussfähigkeit der Hochschulausbildung: fehlende/unzureichende Möglichkeiten für berufsbegleitende Studiengänge oder Aufbaustudiengänge im Anschluss an die berufliche Ausbildung.

111

5.4 Zusammenfassung

Die Bevölkerungsstruktur und die Verteilung der älteren Zielgruppen unterscheiden sich in Baden-Württemberg regional und lokal zum Teil stark und auch die weitere Entwicklung des demografischen Wandels wird zum Teil variieren. Gegenwärtig ist Baden-Württemberg als „junges“ Bundesland anzusehen, das sich jedoch im Hinblick auf den Anteil der 60-Jährigen und Älteren sowie der 80-Jährigen und Älteren zukünftig an den Bundesdurchschnitt annähern wird. Außerdem ist für die in Baden-Württemberg bislang als gering zu bewertende Pflegequote anzunehmen, dass diese – infolge der Zunahme der älteren und hochaltrigen Bevölkerung – zukünftig steigen wird. Besonders hervorzuheben sind

- die regionalen Unterschiede zwischen dem insgesamt eher älteren Westen und dem jüngeren Osten Baden-Württembergs;
- ein lokal zum Teil überdurchschnittlich hoher Anteil an 60-Jährigen und Älteren sowie an 80-Jährigen und Älteren in einzelnen Gemeinden;
- eine deutliche Zunahme des Anteils hochaltriger Frauen (Frauenanteile bei den 80-Jährigen und Älteren von mehr als 60 %), der sich in einigen Stadtkreisen, die insgesamt einen geringen Anteil Älterer aufweisen werden, abzeichnet sowie
- die deutlichere Alterung ländlicher, dünner besiedelter Gebiete.

Dementsprechend ergeben sich je unterschiedliche Herausforderungen und Bedarfe für die Gestaltung von Maßnahmen für die Sicherstellung der Begleitung und Versorgung älterer



Menschen und ihrer Familien einerseits; andererseits werden daraus sozialraumspezifische Bedarfe an entsprechenden akademischen Fachkräften abzuleiten sein.

Betrachtet man die auf die Fragestellung dieses Projektes bezogenen, aktuellen Entwicklungen in Baden-Württemberg, weisen die landesseniorenpolitischen Ziele durchaus auf eine zunehmend präventive Ausrichtung hin, da neben der Verbesserung der Pflegeinfrastruktur auch Förderschwerpunkte für komplementäre Dienste und Einrichtungen sowie im Bereich der geriatrischen Rehabilitation bestehen. Handlungsleitend sollen dabei die Selbstbestimmtheit und Selbständigkeit im (hohen) Alter sein.

Einen umfassenden und differenzierten Überblick zu landessenioren- beziehungsweise demografisch relevanten Maßnahmen, (Modell-)Projekten und Praxisbeispielen bietet das Aktionsprogramm „Ältere Generation im Mittelpunkt – Miteinander der Generationen“ des Sozialministeriums. Im Kontext dieser Arbeit erscheinen daraus verschiedene Bereiche bedeutsam. Vor dem Hintergrund eines (anzustrebenden) kommunalen Demografiemanagements sind der Schwerpunkt „Alter und Familie beziehungsweise familienähnliche Lebensformen“ und die hier aktuell vorgesehene Erprobung eines „Managementverfahrens für Kommunen im demografischen Wandel“ hervorzuheben. Im Themenfeld „Alter und Gesundheit“ werden neben der Landesgesundheitsberichterstattung das Geriatriekonzept Baden-Württemberg sowie Angebote für Menschen mit demenziellen Erkrankungen akzentuiert. Der Schwerpunkt „Alter und Bildung“ umfasst - neben zielgruppenspezifischen Angeboten für ältere Menschen (z. B. Hochschul-, Weiterbildungs-, Kulturangebote) insbesondere wissenschaftliche Weiterbildungsangebote für Beschäftigte in der Arbeit mit älteren Menschen; Studiengänge zum Thema „Ältere Menschen“ bestehen an verschiedenen Fach-/Hochschulen des Landes mit unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten. Auch dem Thema „Alter und Wohnen“ wird Bedeutung beigemessen. Hier stehen die Unterstützung generationensensibler, raumplanerischer Handlungsansätze (barrierefreies Wohnen, Erhalt der Innenstädte) und betreute Seniorenwohnungen im Mittelpunkt. In der Auseinandersetzung zum Thema „Alter und Behinderung“ wurden zum einen „Leitlinien zum Wohnen und zur Betreuung älter werdender und alter behinderter Menschen“ entwickelt, zum anderen konzeptionelle und räumliche Anforderungen einer Tagesbetreuung als Arbeitsgrundlage für Träger, Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe formuliert. Mit diesen Arbeiten gehen auch Bestrebungen zur Förderung eines verstärkten Austauschs zwischen der Alten- und Behindertenhilfe und zum Einbezug älterer (pflegebedürftiger) Menschen mit Behinderung in die kommunale Altenhilfeplanung einher.

112

Besonderes Augenmerk wird auf die Verbesserung der Versorgung für demenziell Erkrankte gerichtet; darauf zielen neben einem quantitativen Ausbau der Personalstrukturen auch Strategien der (Höher-)Qualifizierung; Letztgenannte gehen jedoch zugleich mit Maßnahmen zur Öffnung des Pflegeberufs „nach unten“ – also dem Einbezug gering/unqualifizierten Personals – einher. Einen weiteren Schwerpunkt bilden die wohnortnahen (Pflege-)Beratungsstrukturen (z. B. Pflegestützpunkte) sowie niedrigschwellige Angebote als Teil integrierter Versorgung. Darüber hinaus zeigen sich weitere innovative Projekte in der Altenhilfe und Altenarbeit in den Bereichen Seniorenwirtschaft (z. B. Dienstleistungen zur Förderung einer aktiven alltäglichen Lebensführung im Alter), ältere Arbeitnehmer und Generationensolidarität. Maßnahmen zu Akademisierung der Gesundheitsberufe wurden und werden auch in Baden-Württemberg vollzogen. Verschiedene Modellvorhaben – und hier insbesondere „dua-



le“ Modelle – zielen darauf, die Durchlässigkeit zwischen den Bildungssektoren zu verbessern.

Eine differenzierte Einschätzung zum bisherigen und zukünftigen Einsatz nicht-medizinischer akademischer Fachkräfte in der Altenhilfe und Altenpflege in Baden-Württemberg bieten die Experteninterviews, die mit Vertretern aus „Politik, Verwaltung und Verbänden“ sowie „Trägern und Einrichtungen“ geführt wurden; Schwerpunkte können wie folgt zusammengefasst werden:

- Insgesamt können die Befragten nur wenige Aussagen zur gegenwärtigen Anzahl akademischer Fachkräfte in den relevanten Handlungsfeldern treffen; ob, in welchem Ausmaß und für welche Tätigkeiten akademische Fachkräfte eingesetzt werden, obliegt der individuellen Entscheidung des Anstellungsträgers (z. B. Kommunen, Verbände, Einrichtungen). Aussagen zum zukünftigen quantitativen Bedarf bleiben bei allen Befragten unkonkret; regional und trägerspezifisch wird die Anzahl an akademischen Fachkräften von dem Großteil der Befragten gegenwärtig – bezogen auf die aktuellen finanziellen Rahmenbedingungen – als ausreichend bewertet. Demografische Veränderungen, hohe inhaltlich-fachliche Anforderungen, „schlechte“ (Ergebnis-)Qualität sowie ein zunehmend größeres Angebot an Absolventen begründen jedoch einen zukünftig höheren Bedarf an akademischen Fachkräften in der Altenhilfe und Altenpflege, aber keine Vollakademisierung. Auch in den befragten Einrichtungen selbst gibt es kaum akademische Fachkräfte. Häufiger sind entsprechende Stellen derzeit noch mit Personen besetzt, die eine Pflegeausbildung haben und sich dann intern weiterqualifiziert haben.
- Ein Ausbau von nicht-medizinischen akademischen Fachkräften ist an sich wünschenswert, da viele Experten sich dadurch eine qualitative Verbesserung beispielsweise der Pflege vorstellen. Einsparmöglichkeiten und in diesem Sinne ein fiskalischer Nutzen durch diese Fachkräfte wurden von Seiten der Träger und Einrichtungen jedoch nicht gesehen.
- Als hinderlich erweist sich, dass die finanziellen Rahmenbedingungen gegenwärtig nur geringe Spielräume für die Einstellung von Akademikern bieten; problematisiert wird eine fehlende und bislang tariflich nicht nachvollzogene qualifikationsbezogene Vergütung; Begründungen dafür werden in den fehlenden eindeutigen Stellenbeschreibungen und Qualifikationsprofilen gesehen, die bislang weder von Arbeitgebern noch auf der gesetzlichen Ebene festgelegt sind. Darüber hinaus wirkt erschwerend, dass die im SGB-XI formulierten inhaltlichen Anforderungen, die den Einsatz von akademischen Fachkräften nahe legen, nicht mit Vorgaben zur Personalqualifikation hinterlegt sind; somit fehlen entsprechend einheitliche Vorgaben für die Pflegegesetzverhandlungen. Die engen finanziellen Spielräume werden – auch zukünftig – als besonderes Hindernis für die Einstellung von Akademikern bewertet. Hinzu kommt jedoch auch, dass unter den Pflegekräften selbst eine quantitative Abnahme und somit fehlende potenzielle Studienbewerber und entsprechend weniger Personen, die „aufsteigen“ können, erwartet werden. Für die zukünftigen finanziellen Rahmenbedingungen werden Gestaltungsspielräume im Sinne der (Um-)Verteilung von (weiterhin) begrenzten Ressourcen (auch) zugunsten akademischer Fachkräfte gesehen, vorausgesetzt, deren gesellschaftliche wie fachlich-inhaltliche Relevanz und deren „Mehrwert“ werden begründet.
- Der für die Pflegefachkräfte postulierte Fachkräftemangel wird aus Sicht von „Politik, Verwaltung, Verbänden“ für die akademischen Fachkräfte bislang nicht gesehen, dieser zeichne sich auch nicht ab; die Experten von „Einrichtungen und Trägern“ sehen jedoch



an dieser Stelle Probleme bei der Besetzung von Leitungspositionen in Einrichtungen. Für die Stellenbesetzung werden

- 1) hohe Anforderungen an die Mitarbeiter und vergleichsweise schlechte Arbeitsbedingungen,
- 2) umfangreiche Aufgaben und Qualitätsanforderungen bei fehlenden/unzureichenden Finanzierungsstrukturen,
- 3) fehlende Anforderungsprofile für akademisch Qualifizierte,
- 4) eine mangelnde Passung zwischen Qualifikationsprofilen der Absolventen und Praxisanforderungen sowie
- 5) Imageprobleme und Attraktivitätsmängel des Arbeitsfeldes als Hemmnisse und Probleme benannt.

- Die im Vergleich zur Pflege besseren Vergütungsmöglichkeiten und Arbeitsbedingungen führen bei den akademisierten Fachkräften zu einer Favorisierung von anderen, „attraktiveren“ Arbeitsfeldern unter anderem in der freien Wirtschaft, im MDK und in Behörden, die zudem gegenüber den Leitungsstellen in der Pflege auch weitere Perspektiven bieten.
- Die Experten erwarten von den Fachkräften quasi durchweg auch praktische Erfahrungen. Insofern zeichnet sich ab, dass eine Reihe von Experten eher für Studiengänge mit Weiterbildungscharakter plädiert als für klassische Bachelor-/Master-Studiengänge. Der Unterschied zwischen Bachelor- und Masterabschluss ist den Arbeitgebern oftmals nicht klar, dahingehend wird das Angebot an Studiengängen in Baden-Württemberg als sehr intransparent und heterogen bewertet. Kritisiert wird auch die mangelnde Passung zwischen Studienkonzepten/Curricula und Praxisanforderungen; die regional sehr unterschiedliche Verteilung der Studienangebote könnte sich zudem für potenzielle Studieninteressenten gegebenenfalls als hemmend erweisen. Es werden zudem Hinweise zu Erfahrungswerten mit verschiedenen Studienmodellen gegeben: für primärqualifizierende Studiengänge zeige sich, dass auch ohne Erwerb der Berufszulassung eine Integration in den Arbeitsmarkt erfolge; kennzeichnend für Absolventen ausbildungsintegrierender Angebote sei das reflektiert-analytische Denken und Handeln. Einige Träger haben konkrete Netzwerkverbindungen zu Hochschulen, die allerdings in den meisten Fällen aus informellen Kontakten bestehen. Praktikantenplätze werden noch nicht systematisch beworben, nehmen aber (zumindest bei den Trägern) tendenziell zu.



6 Hochschul- und Ausbildungssituation in Baden-Württemberg

In den letzten fünfzehn Jahren haben sich das hochschulische Ausbildungssystem und die Hochschullandschaft in Deutschland – nicht zuletzt im Zuge des Bologna-Prozesses – verändert und deutlich ausdifferenziert. Dies hatte auch Einfluss auf die Studienlandschaft in Baden-Württemberg. Mittlerweile besteht eine Vielfalt an nicht-medizinischen Studiengängen, die für den Bereich „Altenhilfe und Altenpflege“ beziehungsweise Tätigkeiten im Gesundheits- und Sozialwesen qualifizieren und einen Bezug zur Zielgruppe älterer Menschen aufweisen. In diesem Kapitel werden die Hochschullandschaft in Baden-Württemberg und die Ergebnisse der Expertenbefragungen mit den Studiengangleitungen und Immatrikulationsämtern relevanter Studiengänge dargestellt.

6.1 Die Hochschullandschaft in Baden-Württemberg

In Baden-Württemberg besteht ein breites Spektrum an Hochschulformen wie in keinem anderen Bundesland. Strukturell werden neun Universitäten, sechs Pädagogischen Hochschulen, 23 Hochschulen für Angewandte Wissenschaften (ehemals Fachhochschulen, davon vier verwaltungsinterne Fachhochschulen), acht Kunst- und Musikhochschulen, eine Duale Hochschule mit acht Standorten, 27 Nichtstaatlichen Hochschulen (inkl. konfessionelle Hochschulen), eine Akademie für Darstellende Kunst, eine Filmakademie und eine Popakademie vorgehalten. Nach Angaben des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg, belief sich die Anzahl der Studierenden an den baden-württembergischen Hochschulen im Wintersemester 2011/2012 auf rund 305.000, wobei im Studienjahr 2011 knapp 77.500 Studienanfänger eingeschrieben waren¹⁰¹. Das Studienangebot in Baden-Württemberg umfasst insgesamt 2.319 Studienangebote¹⁰², wobei 1.441 grundständige¹⁰³ und 878 weiterführende¹⁰⁴ Studienangebote zu verzeichnen sind.¹⁰⁵

115

Insbesondere die Duale Hochschule in Baden-Württemberg ist für die Bildungspolitik in Deutschland wegweisend. Die Duale Hochschule Baden-Württemberg wurde 2009 gegründet und ging aus den 1974 gegründeten Berufsakademien des Landes hervor. Sie ist die erste duale, praxisintegrierende Hochschule in Deutschland. Mit acht Standorten und vier Außenstandorten, rund 28.000 Studierenden, circa 9.000 dualen Praxispartnern und 21 Studiengängen in Wirtschaft, Technik und Sozialwesen ist sie die größte Hochschule des Landes (www.dhbw.de). Es werden nationale und internationale Bachelorstudiengänge sowie seit kurzem berufsintegrierende und berufsbegleitende Masterstudiengänge angeboten.

Das Studienkonzept der Dualen Hochschule Baden-Württemberg beinhaltet, dass die Unternehmen und sozialen Einrichtungen ihre Studierenden auswählen und für die Zeit von in der Regel drei Jahren einen Vertrag schließen, in dem während des Studiums eine fortwährende

¹⁰¹ Quelle: http://mwk.baden-wuerttemberg.de/ministerium/aufgaben/kerndaten_des_ministeriums/ Zugriff: 14.11.2012

¹⁰² Im Vergleich zu den präsentierten Ergebnissen im Rahmen des Expertenworkshop am 15.10.2012 im Rahmen dieser Expertise im KVJS erfolgte eine Reduktion der Studienangebote um n=2. Die Internetseite des Hochschulkompasses wird ständig aktualisiert, so dass dadurch Differenzen auftreten können. Es wurde für die weiterführenden Analysen ein N = 2.319 festgelegt mit einem Zugriffsdatum vom 05.11.2012.

¹⁰³ Ein grundständiges Studium führt zu einem ersten Studienabschluss. Dazu zählen Diplom-, Magister- und Bachelorstudiengänge sowie Studiengänge mit Abschluss eines Staatsexamens.

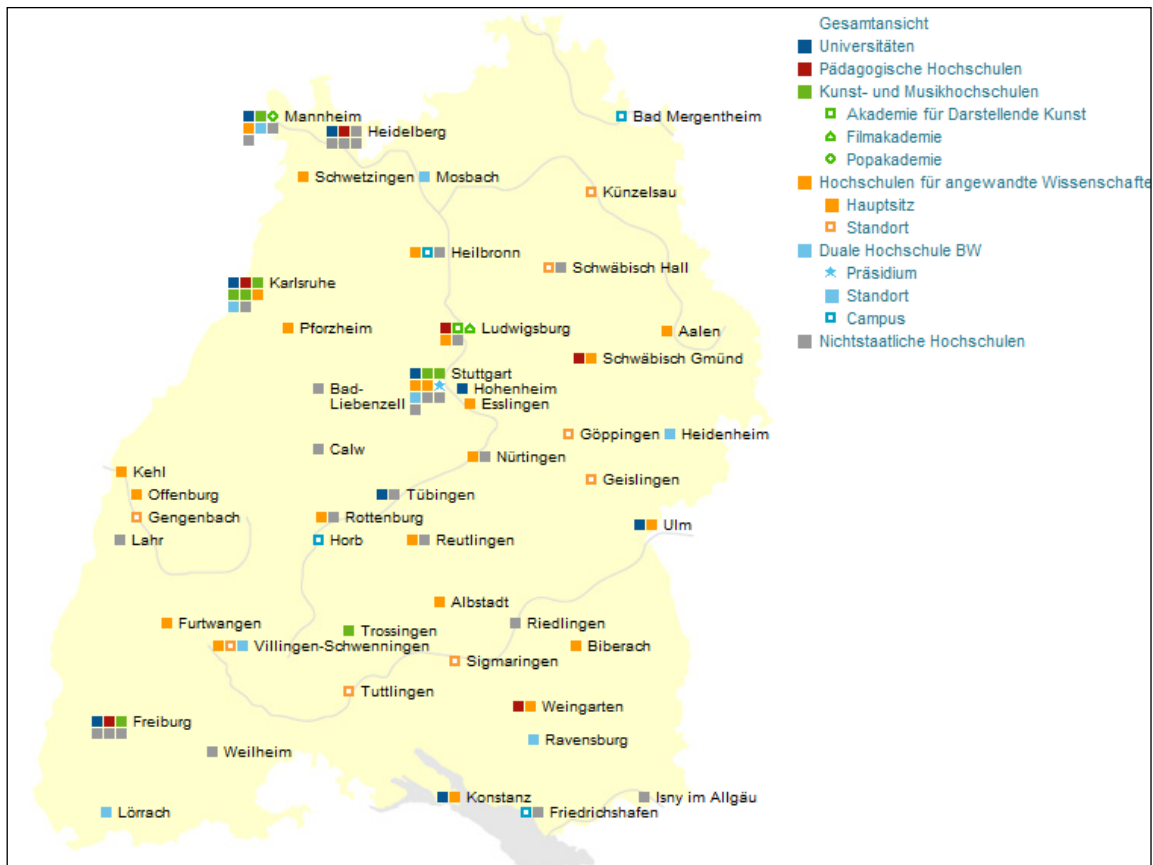
¹⁰⁴ Ein weiterführendes Studium setzt einen ersten Studienabschluss, wie zum Beispiel einen Bachelorabschluss, voraus. Hierzu zählen generell Masterstudiengänge.

¹⁰⁵ Quelle: <http://www.hochschulkompass.de/studium/suche/profisuche.html> Zugriff: 05.11.2012



Vergütung festgeschrieben ist. Durch den Wechsel von theoretischen und praktischen Ausbildungsphasen kann das theoretisch erlernte Wissen zeitnah in der Praxis angewandt werden. Die verschiedenen Hochschulstandorte im Bundesland Baden-Württemberg und deren geographische Verteilung zeigt Abbildung 8. Sehr viele Bildungseinrichtungen finden sich in Stuttgart, Karlsruhe, Mannheim, Heidelberg und Freiburg.

Abbildung 8: Hochschulstandorte in Baden-Württemberg



116

Quelle: Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg <http://mwk.baden-wuerttemberg.de/hochschulen/hochschulkarte/> Zugriff: 09.10.2012)

6.2 Recherche und Analyse von nicht-medizinischen Studienmöglichkeiten in Baden-Württemberg für das Berufs- und Handlungsfeld

Zielsetzung war die Erstellung einer Übersicht (neuer) Studiengänge in Baden-Württemberg, die für das Berufs- und Handlungsfeld der Altenhilfe, Altenarbeit und Altenpflege qualifizieren. Zudem sollten Nachfrage, Auslastung und Absolventenzahlen der Studiengänge ermittelt werden sowie eine Charakterisierung der Studierenden und ihrer Berufs- und Entwicklungsperspektiven erfolgen. Für die Analyse wurden eine Internetrecherche und eine Befragung der Studiengangsleitungen relevanter Studiengänge sowie ergänzend eine Befragung der Immatrikulationsämter zur Studierendenstatistik (z. B. Gründungsjahr des Studiengangs, die Relation zwischen Angebot und Nachfrage nach Studienplätzen, die Höhe der Abbruch-

quote pro Studienjahr, Absolventenzahlen und Hinweise zur zukünftigen Entwicklung der Absolventenzahlen) durchgeführt.

6.2.1 Auswahl der Hochschulen und Studienangebote

Die Auswahl der Studiengänge, die für die Berufsfelder Altenhilfe, Altenpflege und Altenarbeit qualifizieren, erfolgte über zwei Datenbanken:

- Hochschullandkarte des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg¹⁰⁶;
- Hochschulkompass¹⁰⁷ der Hochschulrektorenkonferenz.

Ausgehend von der Hochschulform (z. B. Universität) wurde auf der Internetseite des Wissenschaftsministeriums zunächst nach den Standorten recherchiert und die Listen der Studiengänge je nach Standort im Einzelnen durchgesehen. Die bis dahin erstellte Zuordnung enthielt nicht alle in Frage kommenden Ausbildungs- und Studienmöglichkeiten. Weitere Angebote in Baden-Württemberg wurden nach Recherche auf der Internetseite des Hochschulkompasses der Hochschulrektorenkonferenz ergänzt.¹⁰⁸ Abbildung 9 zeigt die Systematik der Auswahl der Studiengänge. Die Methodenbeschreibung befindet sich im Anhang.

Auf der Internetseite des Hochschulkompasses waren zum Zeitpunkt der Recherche insgesamt 2.319 Studienangebote erfasst, wovon 1.441 grundständige Studienangebote und 878 weiterführende Studienangeboten waren. In den relevanten Sachgebieten konnten unter Ausschluss von Mehrfachzuordnungen insgesamt 1.300 Studienangebote ermittelt werden, welche die Bruttostichprobe darstellen. Diese Studienangebote wurden nach Relevanz für das Berufs- und Handlungsfeld der Altenhilfe und Altenpflege durchgesehen. Eingeschlossen wurden in einem ersten Schritt nur diejenigen Studiengänge, die aufgrund des Namens eine Spezialisierung im Handlungsfeld erkennen ließen (n=126). Übergreifende Studiengänge wie zum Beispiel Psychologie, Soziologie, Erziehungswissenschaft, Wirtschaftswissenschaften oder Informatik wurden ausgeschlossen.

117

Nach Abschluss der ausführlichen Recherchen bezüglich der in Frage kommenden Studiengänge wurden 66 Studienangebote in die Befragung einbezogen (darunter sechs Studiengänge, die sowohl als Bachelor als auch als Master studiert werden können). Des Weiteren wurden drei zuvor ausgeschlossene übergreifende Studienangebote Erziehungswissenschaft (Master) und Soziologie (Bachelor, Master) nochmals in die Befragung aufgenommen, um den Themenbezug durch nicht Vorhandensein entsprechender Inhalte in der Curricula ausschließen zu können.

Als Studienrichtungen in den therapeutischen Berufen existieren in Baden-Württemberg unter anderem Studienangebote zur Arztassistent (Bachelor), (Klinischen) Heilpädagogik (Bachelor, Master), Kunsttherapie (Master, Diplom), Musiktherapie (Bachelor, Master), Physiotherapie (Bachelor), Tanz- und Bewegungstherapie (Master) oder Sporttherapie (Bachelor). Die Studiengangleitungen der Studiengänge Arztassistent, Physiotherapie und Musiktherapie wurden zur Expertenbefragung eingeladen, wobei keine Teilnahme an der Befragung erfolgte.

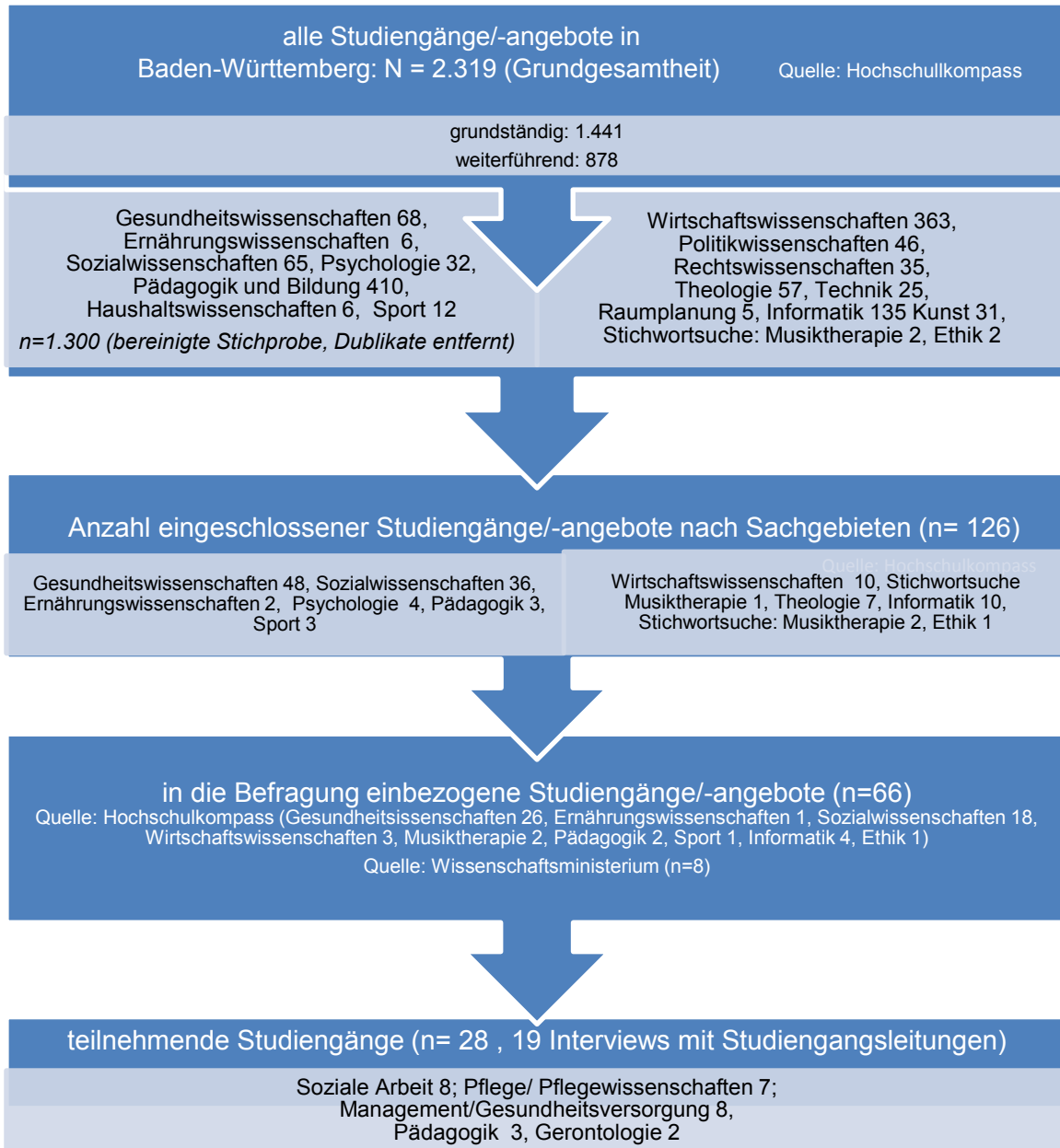
¹⁰⁶ Quelle: <http://mwk.baden-wuerttemberg.de/hochschulen/hochschulkarte/>

¹⁰⁷ Quelle: <http://www.hochschulkompass.de/studium/suche/profisuche.html>

¹⁰⁸ In dieser Datenbank sind alle Studienangebote je nach Bundesland aufgelistet.



Abbildung 9: Systematik der Auswahl der Studiengänge



118

Quelle: Hochschulkompass/Wissenschaftsministerium Baden-Württemberg; eigene Erhebung 2012, eigene Darstellung

Insgesamt erhielten 57 Studiengangsleiter/innen Ende August 2012 die Einladung zu einem telefonischen Interview; 14 Immatrikulationsämter wurden mit einem Kurzfragebogen angeschrieben und sollten sich zu insgesamt 33 Studienangeboten beziehungsweise dem Verbleib der Absolventen schriftlich äußern. Eine Übersicht zu den eingeschlossenen Studienangeboten sowie den an der Befragung teilnehmenden Studiengängen und Immatrikulationsämtern befindet sich im Anhang.

6.2.2 Ergebnisse der Interviews mit den Studiengangsleitungen

Von den 57 angeschriebenen Studiengangsleitungen nahmen 19 an der telefonischen Befragung teil (33,3 %). Zwölf Studiengangleiter/innen äußerten sich jeweils zu einem Studiengang, fünf Studiengangleiter/innen zu zwei Studienangeboten vor Ort und drei Studiengangleiter/innen zu jeweils zwei Angeboten. Es wurden insgesamt Rückmeldungen zu 28 Studiengängen gegeben. Die Abbildung 10 zeigt die in die qualitative Befragung eingegangenen Studiengänge nach Hochschulstandort sowie die befragten Immatrikulationsämter.

Abbildung 10: Befragte Studienstandorte mit Anzahl der einbezogenen Studiengänge



Quelle: eigene Erhebungen, 2012; HS = Hochschule, KH = Katholische Hochschule, EH = Evangelische Hochschule, PH = Pädagogische Hochschule, SRH = Stiftung Rehabilitation Heidelberg Holding, DHBW = Duale Hochschule Baden-Württemberg, Uni = Universität



Da viele Studiengänge erst in den letzten Jahren, im Zuge der Bologna-Reform, entstanden sind, leitet der überwiegende Teil der Befragten diesen erst seit 2009. Als häufigster Grund für die Nichtteilnahme an der Befragung wurde der fehlende Bezug zur Fragestellung angegeben. Auf die Frage nach den späteren beruflichen Tätigkeiten der Absolventen in den Berufsfeldern Altenpflege, Altenhilfe und Altenarbeit erfolgte häufig die Aussage, dass die Absolventen in diesen Bereichen „auch“ tätig sein könnten, allerdings nicht speziell für dieses Feld ausgebildet werden.

Der geringe Anteil der Absolventen, die in diesen Bereich einmünden, ist zu klein, so dass die Studiengangsleitungen die Teilnahme an der Befragung ablehnten. Als weitere Gründe für die Nichtteilnahme an der Befragung wurden fehlendes Interesse und Mangel an Zeit angegeben. Abbildung 10 zeigt die an der Befragung teilnehmenden Studieneinrichtungen und Standorte. **Studiengänge, die speziell für die Altenhilfe und Altenpflege qualifizieren:** Von den insgesamt 19 interviewten Studiengangleitern gaben drei Personen an, dass ihr Studienangebot speziell für den Bereich der Altenarbeit ausbildet. Dabei handelt es sich um die Integrierte Gerontologie der Universität Stuttgart, das Online-Angebot Palliative Care der Universität Freiburg und das Bachelorstudium Pflege an der Katholischen Hochschule Freiburg. Die anderen 16 Studienangebote sind generalistisch ausgelegt.

120 Nach Aussagen der Experten profitiert die Altenpflege aufgrund der Verschiedenartigkeit der Ausbildungsstrukturen von der derzeitigen Akademisierung der Gesundheitsberufe am wenigsten. Das Hauptproblem der fehlenden Akademisierung im Altenpflegebereich lässt sich aus mehreren Perspektiven betrachten. Einerseits sind die Bemühungen, eine Teilakademisierung in der Gesundheits- und Krankenpflege zu erreichen, ausschließlich auf die Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege beziehungsweise Kinderkrankenpflege, Hebammen und Entbindungspfleger ausgelegt. Die zurzeit angebotenen Studienmöglichkeiten richten sich in der Regel ausschließlich an Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege und examinierte Pflegekräfte, während examinierte Altenpfleger sowie Auszubildende der Altenpflege außen vor bleiben. Das Hauptproblem sind zwei verschiedene Ausbildungsordnungen, die eine Aufnahme von Altenpflegeschülern in eine Seminargruppe „Pflege“ schwer möglich machen. Die akademischen Ausbildungsstätten hoffen auf eine Angleichung der Ausbildungsordnungen im Zuge einer generalistischen Pflegeausbildung. Dadurch soll eine Öffnung der Studiengänge für Auszubildende aus dem Altenpflegebereich möglich werden.

Weiterhin existieren laut Aussagen der befragten Studiengangsleitungen im deutschen Bildungssystem sehr wenige Studiengänge, die ausschließlich für den Bereich der Altenpflege ausbilden. Hinzu kommt, dass sehr wenige Professuren vorhanden sind, die eine qualitativ hochwertige Ausbildung für den Altenpflegebereich anbieten können. Relevant ist an dieser Stelle auch das vorwiegende Bildungsniveau der Studierenden, die in den meisten Fällen einen Haupt- oder Realschulabschluss aufweisen. Es fehlen die geeigneten Bewerber mit Hochschulzugangsberechtigung.

Auch Arbeitgeber, die einen Ausbau der Akademikerstellen in der Altenpflege positiv bewerten, stehen aus Sicht der befragten Studiengangsleitungen vor dem Problem, dass die Beschäftigten in der Altenpflege, häufig nicht über eine Hochschulzugangsberechtigung verfügen und deshalb nicht zur Aufnahme eines Studiums berechtigt sind. In der Ausbildung zum



Gesundheits- und Krankenpfleger liegt der Anteil der Teilnehmer mit Abitur und/oder fachgebundener Hochschulreife deutlich höher.

Der überwiegende Teil der befragten Studiengangsleiter gab an, dass sie alle „auch“ für die Bereiche Altenhilfe, Altenarbeit und Altenpflege qualifizieren. Jedoch ist keine Ausbildung ausschließlich auf diesen Bereich ausgelegt. In der Sozialen Arbeit erfolgt vorwiegend eine Stärkung der allgemeinen Beratungskompetenz. Die angehenden Sozialarbeiter werden zunächst so ausgebildet, dass sie in allen Bereichen, ausgehend von der Kinder- und Jugendarbeit, über die Eingliederungshilfen für behinderte Menschen, bis hin zu speziellen Fragestellungen der Beratung von Senioren, arbeiten können. Nach Ansicht der Studiengangsleiter hat sich diese generalistische Form bewährt, da viele Berufstätige im Laufe ihres Berufslebens den Tätigkeitszweig wechseln, um mit anderen Zielgruppen weiter zu arbeiten.

Im Rahmen eines Interviews wurde die generalistische Ausbildung wie folgt begründet.

„Da würde ich auch ganz klar sagen: Das ist auch sinnvoll so, weil die soziale Arbeit versäult zunehmend, also dass die Felder sich in sich spezialisieren, und dass man sozusagen teilweise nicht mehr wirklich mitkriegt: Wie ist das in anderen Feldern? Das ist eine Sache, die, glaube ich, für die Praxis der sozialen Arbeit, aber auch für die Professoren, sehr schwierig ist. Insofern ist es, glaube ich, da sehr sinnvoll eine Mischung zu fahren, aus generalistischen Anteilen und aus spezialisierenden Anteilen. Wir wollen keine kleinen Altenpfleger, die halt Sozialarbeit studiert haben, und keine kleinen Behindertenpfleger, sozusagen, ausbilden, sondern wir wollen Sozialarbeiter ausbilden, die im Bereich Behindertenhilfe/Reha, Altenhilfe/Pflege, kompetent sind.“ (Interview 17_DH)

121

Nachfrage nach akademischen Fachkräften: Die Nachfrage nach akademisch ausgebildeten Altenpflegern in der Praxis stagniert nach Einschätzungen der Befragten auch zukünftig, da insbesondere eine Finanzierung nicht sichergestellt ist. Auch die Arbeitgeber, die akademisch qualifiziertes Personal aus neuen Studiengängen mit neuen Berufsabschlüssen einstellen, müssen deren Aufgabenbereiche im Unternehmen kommunizieren. Ziel sollte es sein, keine ablehnenden Haltungen gegenüber neuen Berufsfeldern entstehen zu lassen.

„Wir hatten verschiedene Projektseminare mit Alten- und Pflegeheimen. Da war es dann einfach tatsächlich: ja, man hätte alles machen dürfen, aber es darf nichts kosten, und das ist auch nicht so leicht, die Belegschaft da wirklich mitzunehmen. Das wird auch teilweise ein bisschen als Bedrohung empfunden: „Jetzt kommt da wieder eine neue Berufsgruppe – was können die jetzt?“; und so.“ (Interview_15_PH)

Nach Aussage der Studiengangsleitungen ist eine Entwicklung dahingehend erkennbar, dass durch den Generationenwechsel an den Pflegefachschulen momentan Pflegepädagogen verstärkt nachgefragt werden. Diese erhalten häufig bereits während ihres Studiums einen Arbeitsvertrag, wobei erfahrungsgemäß die Nachfrage nach Pflegepädagogen in der Praxis höher ist als die Kapazitäten der Ausbildungsorte. Des Weiteren erfolgt ein Ausbau im Bereich der beruflichen Gymnasien mit sozialer Ausrichtung, die ebenfalls entsprechend qualifiziertes Lehrpersonal benötigen.

Die Studiengangsleiter berichteten von Konflikten, die durch die unterschiedlichen Regelungen der Einstellung von Lehrkräften bestehen. Bisher kamen die neueingestellten Lehrer



überwiegend aus Universitäten oder pädagogischen Hochschulen, während derzeit eine Zunahme der Ausbildung an Fachhochschulen zu beobachten ist. Die Schulträger unterliegen derzeit verschiedenen Regelungen, die die Einstellung von Lehrkräften unterschiedlicher Ausbildungsarten wie beispielsweise Fachhochschule, pädagogische Hochschule und Universität betreffen. Diese sollten zukünftig vereinheitlicht werden, um genügend Berufsfachschullehrer zur Sicherstellung der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung zur Verfügung zu haben.

Es wird insgesamt eingeschätzt, dass gerade im dualen Bereich die geeigneten Bewerber um Studienplätze in den Einrichtungen der Altenpflege fehlen. Die Nachfrage ist zu gering, um die vorhandenen Praxisplätze zu belegen. Der Ausbau des Hochschul- und Einrichtungsmarketings kann die Attraktivität der dualen Ausbildung fördern. Laut Aussagen der befragten Studiengangsleiter ist der Ausbau des Hochschulmarketing von entscheidender Bedeutung, um das Berufsfeld Altenarbeit, Altenhilfe, Altenpflege stärker in den Fokus zu rücken und damit mehr Studieninteressierte zu gewinnen.

Berufsperspektiven: Die Erfahrungen der Studiengangsleiter zeigen, dass die Berufsfelder der Altenhilfe, Altenarbeit und Altenpflege zwei gegenläufige Tendenzen aufweisen. Ein Teil der Einrichtungen hat erkannt, dass der Fachkräftemangel bereits massiv eingetreten ist und sich im Rahmen des demografischen Wandels weiter verschärft. Es entstehen zunehmend Arbeitsstellen, die durch Mitarbeiter mit akademischer Qualifikation ausgefüllt werden. Nach Aussagen der Studiengangsleiter aller universitären Einrichtungsformen stellen sich die Berufsperspektiven positiv dar, da viele Einrichtungen den Bedarf für akademisch ausgebildete Kräfte erkannt haben.

122

Beschäftigungschancen ergeben sich auch durch neu geschaffene Beratungs- und Versorgungsstrukturen und internationale Entwicklungen, die sich auf Deutschland übertragen lassen. Ein Studiengangsleiter äußerte: *„Oder Pflegestützpunkte, wie sie dann neuerdings auch entstehen, auf Beratungsseite. Das ist dann natürlich sowohl sozialpädagogisch besetzt, als auch künftig natürlich mit unseren pflegerisch-therapeutischen Studiengängen dann natürlich auch mit gesundheitswissenschaftlichen Abschlüssen und pflegerisch-therapeutischen Abschlüssen versehen. Und das Ganze mündet natürlich dann auch ein, in ein übergreifendes Versorgungssystem, wo man nicht nur auf altenpflegerischer Seite das sehen muss, sondern es geht im Grund genommen um so was wie Gemeinschaftsgesundheitshäuser, integrierte Versorgungszentren, wie man sie teilweise eben in Holland und Belgien schon kennengelernt hat, wo interdisziplinär auch vom medizinischen, vom pflegerisch-therapeutischen, aber auch vom sozialarbeiterischen gearbeitet wird, und da über den Ansatz Case Management dann versucht, Patienten-, Klienten-nah eben solche Gesamtleistungen zu definieren.“* (Interview_13_DH)

Einige Studiengangsleiter äußerten, dass Institutionen, die einer konfessionellen Bindung unterliegen, häufig der Auffassung sind, dass keine Notwendigkeit zur Einstellung von Hochschulabsolventen besteht, solange die Aufgaben durch speziell weitergebildete Verwaltungsangestellte sowie Gesundheits- und Krankenpfleger übernommen werden können. Als möglicher Grund wird die nicht sichergestellte Finanzierung beispielsweise eines Sozialarbeiters in einer stationären Pflegeeinrichtung angegeben. Die Interviewpartner warfen die Frage



auf, wie viele Stellen in einer Einrichtung der stationären/ambulanten Pflege vorhanden sind, die eine hochschulische/universitäre Qualifikation berechtigen.

Die Studiengangsleiter äußerten, dass die potenziellen Arbeitgeber über die in den Studiengängen erworbenen Kompetenzen für das praktische Tätigkeitsfeld häufig nicht genügend informiert sind. Auch die Arbeitgeber äußerten in den Experteninterviews, dass ihnen die Qualifikation der Absolventen häufig nicht bekannt ist. Dies erschwert auch die Schaffung von geeigneten Beschäftigungsangeboten für die Absolventen der entsprechenden Studiengänge. Hier zeigt sich dringender Verbesserungsbedarf.

Bachelor- und/oder Masterstudium? Beim Übergang vom Bachelorstudium in ein konsekutives Masterstudium zeigen sich zwischen den Ausbildungsformen deutliche Unterschiede. Die Studiengangsleiter der Dualen Hochschulen gaben an, dass bis zu 30 Prozent der Bachelorabsolventen einen konsekutiven Master anstreben. Im Hochschulbereich liegt diese Quote in einer ähnlichen Höhe, wobei eine Zunahme an Masterinteressierten zu beobachten ist. Im universitären Bereich sind keine Aussagen zu Übergängen bei den an der Studie teilnehmenden Studiengängen möglich, da die Konstitution der Studiengänge dort erst seit kurzem abgeschlossen ist und noch keine Studienabschlüsse erfolgten.

Einen wichtigen Einfluss hat hier auch die jeweilige Beratung durch die Lehrkräfte in den Ausbildungsstätten. Gerade in den pflegepädagogischen Studiengängen sehen die Studiengangsleiter einen Master als empfehlenswert an, da erst durch die Weiterqualifizierung die pädagogische Ausbildung tatsächlich abgeschlossen ist. In Abhängigkeit von der Zusammensetzung der Seminargruppe werden Übertrittsquoten in bestehende Masterprogramme von bis zu 80 Prozent als wahrscheinlich angesehen.

123

Ein weiterer aufgezeigter Trend besteht in der generellen Zunahme der Bachelorabsolventen, die eine zweite akademische Qualifikation erreichen wollen. Die Hochschulen sind in der Pflicht, entsprechende Angebote zu gestalten. Diese Anregung wurde im Rahmen der Diskussion bezüglich der Bologna-Reform 2010 aufgenommen. Vertreter der Hochschulen, der Studierenden sowie der Ministerien haben deutlich gemacht, dass die Anzahl der Masterstudienplätze nach dem Abschluss des Programms „Hochschule 2012“ weiter steigen muss, um den zukünftigen Bedarf, der durch doppelte Abiturjahrgänge entsteht, zu decken.¹⁰⁹ Das Bachelorstudium ist in der Regel inhaltlich relativ breit ausgelegt, um gute Chancen auf dem Arbeitsmarkt zu erhalten, wohingegen das Masterstudium eher einen spezialisierenden Charakter hat.

Die Studierenden, die einen Master anstreben, stehen häufig bereits fest im Berufsleben. Ein Großteil der Bachelorabsolventen aus Baden-Württemberg verbleibt in diesem Bundesland und schaltet eine Berufstätigkeit von circa zwei Jahren dazwischen, um anschließend ein weiterführendes Masterstudium anzustreben. Teilweise existieren online-basierte Studiengänge, bei denen aufgrund der Konzeption ein Umzug nach Baden-Württemberg nicht notwendig ist. Damit bleiben Absolventen nach dem erfolgreichen Abschluss in der Regel in den

¹⁰⁹Quelle: http://mwk.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/pdf/studium/bachelor_master/Ergebnis-Memorandum14032011_.pdf
Zugriff: 03.12.2012



Bundesländern, aus denen sie stammen. Die Mobilität dieser Zielgruppe nach Baden-Württemberg ist aus Sicht der Interviewpartner als gering einzuschätzen.

Verbleib der Absolventen: Mehrere Studiengangsleiter der Hochschulen gaben an, dass die Zeitspanne zwischen dem Studienabschluss und der Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nur sehr kurz ist. Durch die im dualen Studium entstandenen Unternehmenskontakte ist eine Übernahme in eine nachfolgende Festanstellung oftmals sehr schnell möglich. Durch die vorgeschriebenen Praktika an Fachhochschulen, Pädagogischen Hochschulen und Universitäten können die Studierenden ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten unter Beweis stellen. Auch daraus entstehen spätere Berufseinstiegsmöglichkeiten in den Praktikumsunternehmen.

Die Dualen Hochschulen verbinden theoretische und praktische Ausbildungszeiten, so dass die Absolventen nachfolgend als Berufseinsteiger mit eineinhalb Jahren Berufserfahrung in das eigentliche Erwerbsleben starten. Dies führt zu einer zeitnahen Übernahme von Leitungspositionen. Allerdings sind deutliche Unterschiede zwischen den Studienfächern zu erkennen. In der sozialen Arbeit erfolgt der Aufstieg schneller als in betriebswirtschaftlich orientierten Ausbildungsgängen. Im Bereich der Altenpflege existieren bisher wenige Karriereewege, die einen langfristigen Verbleib in den Altenpflegeeinrichtungen zulassen. Häufig erfolgt ein Wechsel nach drei bis vier Jahren, da keine weiteren Aufstiegschancen ersichtlich sind. Die Arbeitgeber sind aufgefordert hier gegenzusteuern, um eine langfristige Personalbindung zu erreichen.

124

Viele Absolventen arbeiten im Laufe ihres Berufslebens nicht nur mit einer bestimmten Zielgruppe. Auch wenn im Studium Aspekte der Altenhilfe, Altenarbeit und Altenpflege inkludiert waren, gehen sie häufig zunächst in den Bereich der Kinder- und Jugendhilfe, um möglicherweise erst später in den Altenbereich zu wechseln.

Nach den Erfahrungen der befragten Studiengangsleitungen findet die Mehrzahl der Absolventen in Baden-Württemberg nach dem Studium einen Arbeitsplatz. Die Studierenden, die aus der Region stammen, verbleiben häufig dort. Selbst innerhalb des Bundeslandes ist nach den Erfahrungen der Studiengangsleiter keine große Wanderungsbewegung ersichtlich. Die Gründe liegen in den sehr gut ausgebauten sozialen Infrastrukturen wie u. a. Seniorenangeboten vor Ort. Innerhalb des Bundeslandes existieren teilweise Kreissenorenpläne, wie beispielsweise im Landkreis Heidenheim, in dem der Ausbau von Angeboten für ältere Menschen beschrieben wird. Die vordergründigen Ziele liegen in der „Planung demografiebezogener Aktivitäten auf kommunaler Ebene, orientiert an den Leitbegriffen Selbstständigkeit und Selbstbestimmung, Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Förderung des bürgerschaftlichen Engagements“. Zusätzlich soll die Gründung von Initiativen zur Gewinnung von Pflegefachkräften erfolgen.¹¹⁰

Generell ist eine Abwanderung von Studierenden mit besonders guten Abschlussnoten in die Schweiz nicht zu beobachten. Dennoch gibt es durchaus Absolventen, die aufgrund der besseren Vergütung und eines attraktiveren Berufsimages in die Schweiz umsiedeln. Der Anteil

¹¹⁰Quelle: http://www.landkreis-heidenheim.de/idc/groups/web/documents/web_asset/cms002183.pdf Zugriff: 03.12.12

der Absolventen, die in das Nachbarland abwandern, liegt schätzungsweise zwischen fünf und zehn Prozent.

Ein Studiengangsleiter berichtete, dass Baden-Württemberg in den letzten Jahren viel getan hätte, um die Betreuung von älteren Menschen in den Gemeinden sicher zu stellen. Das duale Ausbildungssystem ist bei den Abiturienten, die bereits im Studium einen starken Praxisbezug wünschen, besonders beliebt und trägt aufgrund des weiterbildenden Charakters im Besonderen dazu bei, dass die Absolventen in der Region verbleiben.¹¹¹ Es zeigt sich, wie bereits erwähnt, dass Studierende und Praxispartner während der Ausbildung auf der Basis von Praktika und Kooperationen oft enge Bindungen aufgebaut haben, welche in der Regel in ein festes Beschäftigungsverhältnis nach dem Studium übergehen.

Verbleibsstudien: Die Befragung der Studiengangsleiter zeigte, dass die befragten Hochschulen bisher kaum über Absolventenbefragungen verfügen, die Auskunft über den aktuellen Verbleib der ehemaligen Studierenden geben. Einige Ausbildungsstätten haben im Rahmen der (Re-)Akkreditierung ihrer Studiengänge mit derartigen Erhebungen begonnen. Diese befinden sich derzeit in der Auswertungsphase. Konkrete Aussage darüber, wie viele Absolventen tatsächlich in die Bereiche Altenarbeit, Altenpflege und Altenhilfe gehen, können somit nicht getroffen werden.

Um Aussagen über den Verbleib von Absolventen für den akademischen Qualifikationsbereich treffen zu können, wurden an dieser Stelle einschlägige verfügbare Datenquellen, wie beispielsweise das Hochschulinformationssystem (HIS) in Hannover, die Datensätze vom CHE-Hochschulranking der ZEIT und weitere Literaturquellen ergänzend hinzugezogen.

125

Exkurs – weitere Verbleibsstudien: Nicht zuletzt, aufgrund der umfassenden Umstellungen der Studiengänge infolge der erst kürzlich beendeten Bologna-Reformen, liegen insgesamt nur wenig aktuelle Verbleibsstudien und keine systematischen Übersichten vor, so dass an dieser Stelle auch ältere Untersuchungen hinzugezogen werden. Kuhlmeier und Winter (1998) führten neben einer Evaluation zum Berufsverbleib von Pflegepädagogen zusätzlich eine arbeitsmarktbezogene Bedarfsabschätzung und eine Analyse von Stellenangeboten durch. Die späteren tatsächlichen Handlungs- und Arbeitsfelder der Absolventen unterschieden sich dabei deutlich von den Stellengesuchen. Während Studierende in diesem Bereich vorwiegend Stellen in den Bereichen Management und Sozialpädagogik angenommen haben, zeigte sich bei ausgeschriebenen Stellen im gleichen Befragungszeitraum vorwiegend Angebote in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenpflegesschulen.

Lorenz und Pundt (2002) untersuchten neun Studiengänge im Bereich Public Health und konnten feststellen, dass vor allem die Disziplin der akademischen Erstqualifikation für die berufliche Einmündung der Absolventen entscheidend ist. Studierende waren neben ihrem Studium häufig bereits in bestimmten Handlungsfeldern, wie beispielsweise der psychosozialen Beratung, beschäftigt und führten diese Tätigkeit nach Abschluss des Studiums fort. Gleichzeitig ergab eine Analyse von Stellenanzeigen, dass keine explizite Anpassung an

¹¹¹Diese Erfahrungen belegen auch Daten des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg (2010). Danach haben sich die Studierendenzahlen an der Dualen Hochschule in einem Zeitraum von zehn Jahren (Zeitraum 1998 bis 2008) fast verdoppelt. Im Jahr 2008 waren 23.013 Studierende zu verzeichnen, allein von 2007 bis 2008 kam es zu einem Anstieg von fast zehn Prozent.



diese Absolventengruppe vorzufinden war. Vielmehr zielten die Ausschreibungen auf bekannte und etablierte Berufsgruppen mit speziellen Zusatzausbildungen. Die hier vorgefundenen Erstqualifizierungen umfassen vor allem die Studiengänge Medizin, Sozialarbeit, Psychologie und Ingenieurwissenschaften (vgl. ebd.), deren Absolventen nach dem Public Health-Studium vor allem in der psychosozialen und sozialpsychiatrischen Versorgung, dem Bildungsbereich oder der Forschung tätig wurden. Deutlich wird aus diesen beiden Untersuchungen bereits eine Diskrepanz zwischen den ausgeschriebenen Stellen und den tatsächlich besetzten Arbeitsplätzen durch die Absolventen.

Die durch Lorenz und Pundt (2002) aufgestellten Thesen können durch die Absolventenstudie von Dierks (2009) untermauert werden. Die Absolventen des Public-Health-Studiengangs an der Medizinischen Hochschule Hannover finden nach Abschluss des postgraduierten Studiums zum Großteil zunächst an Hochschulen im Bereich der Forschung eine Anstellung. Besonders attraktiv erscheint zudem vielen Absolventen der öffentliche Gesundheitsdienst, wie die Gesundheitsämter und die Landesanstalten für Gesundheit in den Bundesländern. Weitere Aufgabenbereiche finden sich in der Gesetzlichen Krankenversicherung und in der stationären Versorgung. Der Übergang vom Studium in die praktische Berufsausübung erfolgt bei einem ersten Berufseinstieg über die Kontakte, die durch das Berufsfeldpraktikum erschlossen wurden. Bei nachfolgenden Stellen sind Initiativbewerbungen und Kontakte zu Kommilitonen der erfolgversprechendste Weg.

126

Der Berufseinstieg in die Soziale Arbeit von Absolventen der Dualen Hochschule Baden-Württemberg mit Standort Stuttgart war Gegenstand einer kürzlich veröffentlichten wissenschaftlichen Untersuchung (Bense 2013; Moch & Bense 2013). In dieser wurden vordergründig die Themen zeitnahe Übergang in eine feste Beschäftigung sowie die Zufriedenheit mit der aktuellen Tätigkeit und Bezahlung behandelt. Die Aufnahme einer Tätigkeit nach dem Studium erfolgt bei 60 bis 70 Prozent der Studierenden durch Übernahmeangebote seitens der dualen Partnerbetriebe. Bereits 3 Monate nach dem Abschluss verfügen 80 Prozent der Teilnehmer über einen Arbeitsvertrag. Zu Beginn der Berufstätigkeit ist die Quote von befristeten Arbeitsverhältnissen mit 70 Prozent sehr hoch. Dabei ist auffällig, dass der Anteil der Frauen, die einen unbefristeten Arbeitsvertrag erhalten, mit 27 Prozent sehr gering ausfällt. Im Berufsvergleich zeigt sich, dass die Gehälter sich zunächst am unteren Rand der tariflichen Strukturen bewegen, sich allerdings im Laufe der ersten zwei Jahre angleichen. Die Tätigkeitsinhalte variieren stark. In den ersten Monaten nach Studienabschluss dominieren erzieherische Aufgabenbestandteile, wohingegen nach 26 Monaten der betreuende Aufgabenbereich zunimmt. Die Übernahme von Leitungspositionen erfolgt selten innerhalb von bis zu 26 Monaten nach Studienabschluss, da am Ende des Beobachtungszeitraums nur circa 10 Prozent der Befragten eine Leitungsposition innehatten.

Eine weitere aktuelle Absolventenstudie zu Abgängern aus gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen bezieht sich auf die Hochschulen Magdeburg-Stendal und Neubrandenburg. Dabei fand ein Fragebogen, der in Zusammenarbeit mehrerer Hochschulen entwickelt wurde, Anwendung. Die Hauptthemen befassen sich mit der Gesamtzufriedenheit mit den Studienbedingungen, der Berufsfindungsphase und den aktuellen Beschäftigungsdaten. Das Ziel der Absolventenstudie ist eine Vergleichbarkeit zwischen den Ausbildungen mehrerer

Hochschulen herzustellen.¹¹² Im Ergebnis wird deutlich, dass die Zeit zwischen der Beendigung des Studiums und der Aufnahme einer ersten Tätigkeit 2,6 Monate in Anspruch nimmt. Die am häufigsten genannten Bereiche sind die Beratung und Betreuung mittels sozialpädagogischer Methoden, sowie die Arbeit in kaufmännischen Abteilungen und Verwaltungen.¹¹³

Für den Bereich der Sozialen Gerontologie und der Altenhilfepolitik und Altenarbeit können Ergebnisse der Absolventenbefragung (n=42) des berufsbegleitenden Weiterbildungsstudiengangs Soziale Gerontologie Hinweise zu Berufsfeldern liefern (Bertermann & Franke 2010). Kennzeichnend für die berufliche Situation vor dem Studium war hier, dass eine Beschäftigung in folgende Arbeitsfeldern vorlag: (teil-)stationäre Altenhilfe/-pflege (z. B. Seniorenzentrum, Altenpflegeeinrichtung), medizinisch-sozialer Bereich (z. B. Pflegedienstleitung, Sozialer Dienst, Beratung, psychiatrische Rehabilitation), ambulante Altenhilfe und offene Altenarbeit, Beratung und Planung (z. B. Pflegeberatung, Altenhilfeplanung), Aus-, Fort- und Weiterbildung (z. B. Lehrer für Pflegeberufe, Erwachsenenbildung), Forschung und Lehre und Sonstige (z. B. Frauenzentrum). Nach Abschluss des Weiterbildungsstudiums war für circa zwei Drittel der Befragten eine Erweiterung des beruflichen Aufgabenbereichs und eine Abnahme „praktischer“ Altenarbeit (z. B. Betreuung, Pflege) zugunsten von planerisch-konzeptionellen Aufgaben, Referententätigkeiten und Aufgaben im Bereich der Evaluation festzustellen. Aufschluss über die persönlichen Schwerpunktsetzungen im Studium und die angestrebten beruflichen Tätigkeitsfelder geben die Ergebnisse einer im Dezember 2012 durchgeführten Befragung im Masterstudiengang „Alternde Gesellschaften“ an der TU Dortmund (Hampel 2012)¹¹⁴. Im Laufe ihres Studiums wählen die Studierenden einen von drei Studienschwerpunkten, für die folgende, zukünftig angestrebte Berufsfelder genannt wurden (vgl. Tab. 7).

127

Zukünftige Schwerpunktsetzungen in den Studiengängen: Die zukünftigen Entwicklungsperspektiven sind sehr heterogen. Einige Studiengänge sind neu am Markt und müssen zunächst eine Positionierung finden. Die weiteren Prozessschritte sind von dieser abhängig. In vielen Fällen ist noch Aufbauarbeit erforderlich, die eine Weiter- und Neuentwicklung von Angeboten derzeit nicht nötig erscheinen lassen.

Die Interviewpartner gaben zum Großteil an, dass der Ausbau der Bachelorstudiengänge gerade erst abgeschlossen ist. Der Ausbau der Studienplätze erfolgte aus mehreren Gründen. Zunächst hat Baden-Württemberg im Jahr 2004/2005 die notwendige Anzahl an Schuljahren zum Erreichen der allgemeinen Hochschulreife von neun auf acht Jahre verkürzt, was zu einer deutlichen Zunahme der Studienanfängerzahlen in den Jahren 2011 und 2012 führte. In den kommenden Jahren wird ein Sinken der Schulabgängerzahlen erwartet. Jedoch bleibt aufgrund der geburtenstarken Jahrgänge in den 1990er Jahren ein vergleichsweise hohes Plateau bestehen. Ausgehend von der Anzahl der Studienanfängerplätze 2006 erfolgte ein Ausbau um 22.500 Plätze, um die Abiturienten des doppelten Abiturjahrgangs auf-

¹¹² Quelle: <https://www.hs-magdeburg.de/hochschule/leitung/prorentw/projekte-qualitaetssicherung/absolventen/methodenbericht-absolventenbefragung.pdf> Zugriff: 03.12.2012

¹¹³ Quelle: <https://www.hs-magdeburg.de/hochschule/leitung/prorentw/projekte-qualitaetssicherung/absolventen/zusammenfassung-ergebnisse-absolventenbefragung.pdf>, Zugriff: 28.01.2013

¹¹⁴ Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse der Erhebung ist im Anhang enthalten.



nehmen zu können. Bis 2010 erfolgte der Ausbau um 15.554 Plätze, was einem Plus von 50 Prozent entsprach.¹¹⁵ Dieses Ziel wurde bereits zum Wintersemester 2011 erreicht.¹¹⁶

Tabelle 7: Zukünftig angestrebte Berufsfelder

| | |
|--|--|
| Arbeit, Wirtschaft, Technik: | <ul style="list-style-type: none"> • Age-Management in Unternehmen • Aufbau einer Senioreneinrichtung • organisatorische Tätigkeit in der kommunalen Verwaltung |
| Bildung, bürgerschaftliches Engagement und Partizipation: | <ul style="list-style-type: none"> • Lehrtätigkeit am Berufskolleg • Unternehmensberatung • Leitung Sozialer Dienst • Forschung/Projektarbeit • Personalwesen • Altenhilfeplanung und Altenpolitik |
| Gesundheitliche und pflegerische Versorgung im Wohlfahrtsmix: | <ul style="list-style-type: none"> • kommunale Tätigkeitsfelder (Demografiebeauftragter, kommunale Altenplanung, Beratung, Netzwerkarbeit, Gesundheitsamt) • Beratung • Gerontopsychiatrie • therapeutische Arbeit im Schwerpunkt Demografischer Wandel • Leitungsfunktion eines Altenpflegeheims |

128

Quelle: Hampel 2012

Ein weiterer Ausbau an Studienplätzen erscheint aus dieser Perspektive wenig sinnvoll. Die Entwicklung im Bereich der grundständigen Studiengänge ist von zwei Tendenzen geprägt. Zum einen stellt die Weiterentwicklung des Pflegeberufegesetzes neue Herausforderungen an die Ausbildungseinrichtungen, zum anderen zeigt sich eine gesteigerte Nachfrage von examinierten Pflegefachkräften, die ein Bachelorstudium absolvieren wollen, ohne weitere vier Jahre Ausbildungszeit zu investieren. Die Hochschulen stehen vor der Herausforderung passgenaue Angebote zu entwickeln, die an bestimmte Voraussetzungen gekoppelt sind und den regulären Bachelorabschluss nicht entwerten. In diesem Rahmen stehen Modelle zur Diskussion, bei denen Anteile aus der Berufsausbildung als Studienleistungen anerkannt werden. *„Wir müssen natürlich aufpassen, dass wir den regulären Bachelor nicht entwerten. Also die Hürden dürfen nicht zu niedrig sein. Da bin ich halt berufspolitisch, ne. Also es darf da nicht so sein, dass auch dann die Mediziner uns so sagen: „naja, ein akademischer Abschluss in der Pflege ist eigentlich gar nichts wert. Die kriegen ja schon“, ja, „mit drei Semestern“, und so, „irgendwie einen Abschluss.““ (Interview 4_HS)*

Bachelorstudiengänge, die bereits in der Re-Akkreditierungsphase sind und waren, haben zum Teil neue Schwerpunkte gesetzt. Hierbei liegt der Fokus insbesondere im Ausbau der Interprofessionalität sowie im Case- und Care-Management und dem Ausbau von allgemeinen Beratungskompetenzen. Zunehmend wichtige Schwerpunkte sind die Bereiche Lebens-

¹¹⁵ Gemeinsamer Wissenschaftsrat; Hochschulpakt 2020 Bericht zur Umsetzung in den Jahren 2007-2010 Jahresbericht 2010; S. 32

¹¹⁶ Quelle: http://www.studieninfo-bw.de/studieren/hochschulausbau_2012/



langes Lernen, Mitarbeiterführung, das Thema ältere Arbeitnehmer in den Unternehmen und allgemeine pädagogische Konzepte. In den Masterstudiengängen liegt ein Schwerpunkt im stärkeren Aufbau der Forschungskompetenz. Viele Studiengangsleitungen sehen einen steigenden Bedarf im Bereich der Masterstudiengänge, da die Anzahl derer, die an einen Bachelor ein weiterführendes Studium anschließen, zunimmt. Die Schwierigkeit besteht in der Vereinbarkeit eines zweiten akademischen Ausbildungsweges mit einer Berufstätigkeit, der die meisten Teilnehmer der Masterangebote nachgehen. Die Angebote müssen damit auch passgenau für Berufstätige sein. Eine Möglichkeit wäre hier ein Baukastensystem, aus dem die Studierenden selbst wählen können, welche Inhalte sie absolvieren möchten. Die Präsenz- und Studienzeiten sind flexibel einzurichten, um den organisatorischen Aufwand so gering wie möglich zu halten.

Innerhalb der befragten Dualen Hochschulstandorte kommen verschiedene Tendenzen bezüglich der Frage eines weiteren Ausbaus der Studienplätze zum Tragen. Teilweise ist ein Ausbau gerade erfolgt und abgeschlossen, so dass eine Erweiterung nicht vorgesehen ist. Andererseits ist bei einigen Einrichtungen die Nachfrage nach Studienplätzen so hoch, dass eine Erweiterung unbedingt notwendig erscheint.

Die Hochschulen für angewandte Wissenschaften ermöglichen im Bereich der Pflegestudiengänge die Kombination von Studium und Ausbildung. Innerhalb von vier Jahren können damit zwei Abschlüsse erworben werden, was zu einer Zeitersparnis von zwei Jahren für die Absolventen führt. Überlegungen bestehen, bereits examinierten Pflegekräften in den regulären Bachelor zu integrieren. Damit bestünde die Möglichkeit, innerhalb von drei Semestern den Bachelorabschluss zu erreichen. Kritisch betrachtet werden dabei die Außenwirkung und die Gefahr einer Entwertung des regulären Bachelor. Diese Pläne sind jedoch vor allem auch eine Antwort auf die bislang stark heterogenen Studienvoraussetzungen. Teilweise ist eine bereits abgeschlossene Berufsausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege oder der Kinderkrankenpflege notwendig, während andere Bewerber ohne berufsqualifikatorische Voraussetzungen allein die Hochschulzugangsberechtigung mitbringen müssen.

129

6.2.3 Ergebnisse der Befragung der Immatrikulationsämter

Von 33 angeschriebenen Immatrikulationsämtern nahmen 14 Einrichtungen an der schriftlichen Befragung teil (42,4 %). Es wurden Angaben zu den regionalen Studienangeboten Soziale Arbeit (n=4), Pflege/-pädagogik (n=4), Gesundheitsmanagement (n=3), Sozialmanagement (n=2) und Gesundheitsökonomie (n=1) gemacht. Auffallend ist, dass viele Studienangebote erst in den letzten Jahren entstanden sind.

Momentan können in fast allen Studienrichtungen die verfügbaren Studienplätze vergeben werden. In einigen Fachbereichen gibt es aufgrund der hohen Nachfrage lange Wartelisten bei der Erstzulassung. Bemerkenswert ist die insgesamt niedrige Anzahl an Studienabbrechern und Abbruchquoten unter zehn Prozent. Aussagen zu Absolventenzahlen waren nur teilweise möglich, da viele neu eingerichtete Studiengänge noch keine Absolventen zu verzeichnen hatten. Prognosen zur zukünftigen Entwicklungen der Absolventenzahlen fallen vielen Befragten schwer, da bisher noch gar keine Studienabgänger des Studiengangs existieren und auch politische Entscheidungen Einfluss auf die Entwicklung der zukünftig verfügbaren Studienplätze haben können.



Die Studiengänge im Bereich der Sozialen Arbeit weisen eine lange Tradition auf, jedoch erfolgte ein deutlicher Ausbau der Studienmöglichkeiten in den vergangenen Jahren. Mit einer Abbruchquote, die unter zehn Prozent liegt, spiegelt dies den allgemeinen Trend im Sozial- und Gesundheitsbereich wider. In den Studiengängen der Sozialen Arbeit wird mit einer Zunahme der Absolventen gerechnet. Die Vielzahl der Pflegestudiengänge entstand im Zuge der demografischen Entwicklung, die eine Akademisierung des Pflegeberufes sowohl auf Seiten der Arbeitgeber, als auch der Arbeitnehmer, dringend notwendig macht. Eine besondere Bedeutung wurde dem europäischen Ausland zugesprochen, wo es bereits wesentlich früher Akademisierungstendenzen gegeben habe und wo bereits ein Nachweis für den Nutzen der Akademisierung vorliege (z. B. Absinken der Mortalitäten bei steigender Qualifikation der Fachkraft).¹¹⁷ Die geringe Abbruchquote kann dabei auch auf die oftmals obligatorische berufliche Erstausbildung zurückgeführt werden. Bei neu eingerichteten Studiengängen, wie beispielsweise Gesundheitsmanagement, können aktuell keine Aussagen zu Abbruchquoten und Absolventenzahlen getroffen werden.

6.3 Zusammenfassung

Aufgrund des Bologna-Prozesses kam es in den vergangenen Jahren zu Umstrukturierungen in der deutschen Hochschullandschaft. Es bestehen vielfältige Studienmöglichkeiten mit unterschiedlichen Abschlüssen, die es gerade für Praxisexperten schwierig erscheinen lassen, die Übersicht zu bewahren. Die Einführung von fachspezifischen Qualifikationsrahmen und die Übertragung von europäischen Anforderungen auf das deutsche System sind derzeit noch nicht abgeschlossen. Dies bedarf noch weiterer Anstrengungen, um ein einheitliches System zu schaffen, welche eine vereinfachte Zuordnung von Qualifikationen ermöglicht. Auf diese Weise kann der Heterogenität und Vielfalt der bestehenden Aus-, Fort- und Weiterbildungssysteme begegnet und eine höhere Transparenz und Vergleichbarkeit der Abschlüsse geschaffen werden. Für den Beschäftigungsbereich resultiert hieraus die Möglichkeit einer klareren Aufgabenverteilung, für den Bereich der Bildung eine verbesserte Durchlässigkeit und damit ein erleichterter Zugang zu (hochschulischen) Weiterbildungsmöglichkeiten.

Die Hochschullandschaft in Baden-Württemberg bietet eine Vielzahl von Möglichkeiten, sich im Sozial- und Gesundheitswesen (weiter) zu qualifizieren. Über die Hochschullandkarte des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg und den Hochschulkompass der Hochschulrektorenkonferenz können im Internet systematisch Informationen zu den Studienangeboten recherchiert werden. Baden-Württemberg zeichnet sich besonders durch das Modell der Dualen Hochschule aus, welche die Integration von praktischen Ausbildungsphasen in ein Hochschulstudium schafft.

Die Befragung von 19 Studiengangleitungen und 14 Immatrikulationsämtern in Studiengängen, die für das Berufsfeld Altenhilfe, Altenarbeit und Altenpflege relevant erschienen, ergab folgende Ergebnisse:

- Es existieren nur sehr wenige Studiengänge, die speziell für diese Handlungsfelder ausbilden. Die meisten Studiengänge sind generalistisch angelegt, das heißt die Absolventen können unter anderem in diesem Feld tätig sein, sind jedoch aufgrund der breiten Aufstellung der Studiengänge auch für andere Berufsfelder qualifiziert.

¹¹⁷ Quelle: http://www.alk-bawue.de/site/var/2010/presse/lpr_presse_17_05_10.pdf, Zugriff: 22.01.2013



- Im Bereich der Altenpflege sind häufig die Zugangsvoraussetzungen für ein Studium nicht erfüllt, was eine Akademisierung derzeit einschränkt. Für die bereits tätigen Mitarbeiter, die sich zukünftig weiter entwickeln möchten, sind niedrigschwellige Angebote zu entwickeln, die die Aufnahme eines Studiums ermöglichen. Dabei sollte auf die durchschnittlichen Schulabschlüsse, insbesondere in der Altenpflege, geachtet werden, um mit Hilfe von Ausbildungs- und Berufstätigkeitszeiten ein Hochschulstudium möglich zu machen.
- Die Neuordnung des Pflegeausbildungsgesetzes ist eine Reaktion auf die Kritik des komplexen und heterogenen Ausbildungssystems. Hier wird nun eine generalistische Ausbildung angestrebt, in der sowohl die Gesundheits- und Krankenpfleger als auch die Altenpfleger von der derzeitigen Akademisierungstendenz profitieren können.
- Die Vielzahl und Verschiedenartigkeit der Ausbildungsvarianten verhindert eine schnelle Übersicht über das Gesamtsystem. Deshalb ist es auf der einen Seite für die Studierenden schwierig, in kurzen Zeitspannen das passende Angebot für ihr persönliches Ausbildungsziel zu finden. Auf der anderen Seite können die Arbeitgeber nicht einschätzen, welche Kompetenzen im Rahmen eines beispielsweise pflegewissenschaftlichen Studiums vermittelt werden. Deshalb können sie keine adäquaten Beschäftigungsangebote für die Absolventen bereithalten.
- In der dualen Hochschulausbildung fehlen zunehmend die geeigneten Bewerber in den Praxiseinrichtungen der Altenpflege. Der Ausbau des Hochschul- und Einrichtungsmarketings kann die Attraktivität der dualen Ausbildung fördern. Es ist aus Sicht der Praxispartner notwendig, die weiteren Karrierechancen deutlich darzustellen.
- Die Studiengangsleiter äußerten, dass die potenziellen Arbeitgeber über die in den Studiengängen erworbenen Kompetenzen für das praktische Tätigkeitsfeld häufig nicht genügend informiert sind. Hier zeigt sich dringender Verbesserungsbedarf.
- Die meisten Absolventen bleiben nach Einschätzung der Studiengangsleiter in Baden-Württemberg und finden nach dem Studium direkt einen Berufseinstieg.
- Verbleibsstudien können Aufschluss geben über die beruflichen Chancen der Absolventen und ihren Einstieg in den Arbeitsmarkt. Für die relativ neuen Studienangebote in Baden-Württemberg konnten diese noch nicht in die Analyse einbezogen werden.
- Zukünftige Schwerpunktsetzungen in den Studiengängen ergeben sich auch aus dem Praxisbedarf. Hier sollte ein enger und kontinuierlicher Austausch zwischen den Hochschuleinrichtungen und den Praxiseinrichtungen gefördert werden. Aus Sicht der Studiengangsleitungen und der Arbeitgeber muss zukünftig auf eine verbesserte Zusammenarbeit der Hochschulen mit der Praxis geachtet werden. Das Ziel besteht in der Bekanntmachung der spezifischen Kompetenzen, die die Absolventen in die Praxis mitbringen. Der Austausch zwischen Theorie und Praxis sollte damit seitens der Hochschulen zu einer Anpassung der vorhandenen Curricula führen, während die Arbeitgeber gezielt Stellen ausschreiben, die eine Konformität zu den Fähigkeiten und Fertigkeiten der Hochschulabsolventen aufweisen. Zusätzlich sollte ein Ausbau sowohl fachspezifischer als auch allgemeiner Weiterbildungsmöglichkeiten erfolgen. Die Mitarbeiterbindung erfolgt langfristiger, wenn der Arbeitgeber sich an der Finanzierung von Fortbildungen beteiligt. Damit können Institutionen nicht nur den Verbleib von qualifiziertem Personal sichern, sondern auch dem Fachkräftemangel entgegenwirken.



7 Quantifizierung des Personalbedarfs

Um mit Blick auf die demografischen Verschiebungen den Bedarf an akademisch ausgebildetem nicht-medizinischem Personal in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung sowie an gerontologisch (weiter-)qualifiziertem Personal im Bereich von (kommunalen) Planungs-, Gestaltungs-, Koordinations- und Beratungsaufgaben in Baden-Württemberg im Jahr 2022 zu quantifizieren, wird hier einem empirisch fundierten Verfahren¹¹⁸ der Vorzug gegenüber einer theoretischen¹¹⁹ Bedarfsherleitung gegeben. Den Ausgangspunkt stellt der gegenwärtige Personalbestand in den fraglichen Berufen dar. Dieser kann als dem Bedarf entsprechend angenommen werden, da keine auf Personalmangel zurückzuführende Unterversorgung beobachtbar ist. Aus den derzeitigen Personalzahlen muss sich also auf das zu einem späteren Zeitpunkt benötigte Personal schließen lassen. Die Frage nach den erforderlichen Personalstellen ist für den Personalbedarf nicht primär von Belang; es geht vielmehr um die Anzahl von Personen, die berufstätig sein müssen, um die Versorgung zu gewährleisten, und diese Zahl hängt auch vom Umfang der Teilzeitbeschäftigung ab.

Soweit akademische Basisqualifikationen angesprochen sind, zielt die Untersuchung auf den Personalneubedarf bis 2022. Dieser ergibt sich als Summe aus Erweiterungsbedarf und Ersatzbedarf: Als Erweiterungsbedarf¹²⁰ wird die Differenz zwischen dem Personalbestand 2012 und dem zu errechnenden Gesamtpersonalbedarf 2022 bezeichnet; Ersatzbedarf resultiert aus dem Personalverlust im betreffenden Zeitraum, der unterschiedlich, in der Hauptsache jedoch alterungsbedingt ist. Bedarf an gerontologischer Zusatzqualifikation, die berufsbegleitend erworben werden kann, ist bezogen auf den gesamten Personalbestand in bestimmten Berufen zu beziffern.

132

7.1 Berechnungsweg

Um ein Maß für die Versorgungssituation in Beziehung auf Personal bestimmter beruflicher Ausrichtung zu finden, sind Kennzahlen zu bilden, indem die Personalzahl zu Bevölkerungszahlen ins Verhältnis gesetzt wird. Je nachdem, welche Referenzgruppe dabei Anwendung findet, unterscheiden sich diese Kennzahlen und in der Folge auch die Ergebnisse der Personalbedarfsberechnung. Da es sich in vorliegender Studie unter Versorgungs- und Gestaltungsaspekten um die Auswirkungen der Alterung der Bevölkerung handelt, erscheint es nicht zweckmäßig, Versorgungskennzahlen auf der Basis der Gesamtbevölkerung zu generieren. Was Planung, Koordination, Beratung und ähnliche Aufgaben im Zusammenhang mit

¹¹⁸ Entsprechend ist vom Institut für Gerontologie der Ausbildungsbedarf in der staatlich anerkannten Altenpflege in einem mehrjährigen Projekt für das Land Nordrhein-Westfalen im Zeitraum von 1999 bis 2007 jährlich festgestellt worden (Schmidt & Schnabel 2006).

¹¹⁹ Hierbei wären, kurz gesagt, für jeden Beruf die typischen Einsatzfelder, die zugrundeliegenden Diagnosen (alters- und geschlechtsspezifische Quoten), die durchschnittlichen Behandlungs- beziehungsweise Versorgungsdauern, die mittlere zu erwartende Fallzahl je Personal- und Zeiteinheit und Diagnose zu bestimmen und zu relevanten Bevölkerungsgruppen in Beziehung zu setzen, um Kennzahlen zu gewinnen, mit Hilfe derer sowohl der aktuelle wie im Rekurs auf vorliegende Bevölkerungsvorausrechnungen auch der zukünftige Personalbedarf berechnet werden könnte. Diese kursorische Beschreibung verdeutlicht bereits den hohen methodischen und analytischen Aufwand, der sich mit einem theoretischen Vorgehen ergäbe und nicht zuletzt wegen des engen Zeitrahmens, der für die Auftragsbearbeitung gesetzt ist, nicht betrieben werden kann.

¹²⁰ „Erweiterungsbedarf“ kann auch eine negative Größe sein, wenn nämlich die Personengruppe schrumpft, welche spezifische Produkte oder Leistungen in Anspruch nimmt, die Produktivität in diesem Bereich *steigt* oder sich die Nachfrage (der Bedarf) verringert.

einem wachsenden Bevölkerungsanteil in der nachberuflichen Lebensphase angeht, ist die Altersgruppe ab 60 Jahre als Bezugspopulation heranzuziehen.¹²¹ Damit der in einer alternenden Gesellschaft steigende Pflege- und Therapiebedarf in den Kennzahlen angemessen berücksichtigt wird, empfiehlt es sich, sie auf der Basis eines Bevölkerungssegments mit stark erhöhtem Erkrankungs- und Pflegerisiko zu ermitteln. Diese Risiken variieren alters- und geschlechtsspezifisch; eine signifikante Zunahme ergibt sich im Alter ab 80 Jahren und in dieser Altersgruppe besonders unter den Frauen.

Der Personalgesamtbedarf 2022 berechnet sich dadurch, dass die Versorgungskennzahlen zu altersgruppen- und geschlechtsspezifisch gestaffelten Bevölkerungszahlen des Jahres 2022 in Relation gebracht werden. Zur Einschätzung des Ersatzbedarfs findet die Auswertung von berufsspezifischen Daten zur Altersstruktur statt.

7.2 Auswahl der Berufe

Die Personalbedarfsberechnung erfasst, wie verschiedentlich bereits erörtert (vgl. Kap. 4), folgende Berufe

- in der gesundheitlichen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung:
 - Altenpfleger/innen,
 - Gesundheits- und Krankenpfleger/innen,
 - Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen,
 - Physiotherapeut/en/innen,
 - Heilpädagog/en/innen,
 - Logopäd/en/innen,
 - Ergotherapeut/en/innen;
- bei Behörden, Verbänden etc. (Planung, Koordination, Gestaltung, Beratung):
 - Sozialarbeiter/innen, (Sozial-)Pädagog/en/innen u. ä.,
 - Psycholog/en/innen.

133

7.3 Datenlage und Datenqualität

Die Aussagekraft der Personalbedarfsberechnungen korreliert aufs Engste mit der Qualität des Datenmaterials, auf dem sie fußen. In dieser Hinsicht müssen zum Teil erhebliche Abstriche gemacht werden:

- als unproblematisch sind die Bevölkerungszahlen anzusehen, die amtlichen Statistiken entnommen sind,¹²²

¹²¹ Dies unabhängig davon, dass die gesetzliche Altersgrenze derzeit von 65 schrittweise auf 67 Jahre angehoben wird, denn das tatsächliche Renteneintrittsalter liegt im Durchschnitt nach wie vor unterhalb dieser rentenrechtlich gezogenen Grenze – wengleich mit steigender Tendenz –, in vielen Fällen auch unterhalb von 60 Jahren.

¹²² Statistisches Bundesamt (StatBA) (Hrsg.) (2012a), GENESIS-Online Datenbank (2012), Tabellenabruf online verfügbar unter (12/2012) https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data.jsessionid=D90D2D7A2D08A8E368D41DAAD492AC72.tomcat_GO_2_1?operation=statistikenVerzeichnisNextStep&levelindex=0&levelid=1357735199661&index=3&structurelevel=3 sowie Statistisches Landesamt Baden-Württemberg Stat. LA (2010), online verfügbar unter (12/2012) <http://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Landesdaten/#BV-BS>.

Dass Bevölkerungsvorausberechnungen die tatsächlich stattfindenden demografischen Veränderungen nur in dem Maße genau vorwegnehmen, wie ihre Grundannahmen zutreffen und konstant bleiben, und darum regelmäßig überprüft und angepasst werden müssen, wird explizit anerkannt (Statistisches Bundesamt, GENESIS-Online Datenbank (2012), online verfügbar unter (12/2012) <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data.jsessionid=>



- Differenziert bewertet werden müssen die vorhandenen Daten zu den Berufstätigen unterschiedlicher Profession – zu diesem Punkt in der Fachliteratur¹²³ berichtete Erfahrungen haben sich bei der Recherche für die Personalbedarfsanalyse bestätigt;
- Die Zahl der Beschäftigten in Pflegeberufen (Alten-, Gesundheits- und Kranken-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) wird für die Pflegestatistik und die Krankenhausstatistik des Landes Baden-Württemberg, die auch Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen umfasst, regelmäßig erhoben. Für die Personalbedarfsberechnung in diesen Berufen konnten vom Statistischen Landesamt bereitgestellte Daten mehrerer Erhebungsjahre genutzt werden, was die Darstellung der Versorgungskennzahlen in Zeitreihen ermöglichte. Für die Bestimmung des Personalbedarfs ist auf die Maximal- und die Mittelwerte zurückgegriffen worden. Die Minimalwerte fanden keine Berücksichtigung, weil auf dieser Basis erhaltene Personalbedarfszahlen das Risiko einer personellen Unterversorgung beinhalten. Verluste an potenziellem Personal, auf Grund eines vorzeitigem Ausbildungsbeziehungsweise Studienabbruchs, Prüfungsversagen oder anderer beruflicher Orientierung nach erfolgreichen Ausbildungsbeziehungsweise Studienabschluss, sind einzukalkulieren.

Informationen über die in Baden-Württemberg berufstätigen Angehörigen der therapeutischen Berufe werden nicht erhoben, sind unvollständig oder zu undifferenziert:

- Daten der Bundesagentur für Arbeit weisen die therapeutischen Berufe nicht im Einzelnen aus und bilden überdies nur den sozialversicherungspflichtig beschäftigten Anteil der Berufstätigen ab, während Therapeuten häufig auch selbstständig tätig sind;
- Mikrozensusdaten folgen der „Klassifizierung der Berufe, Ausgabe 1992“¹²⁴ und fassen unter den einzelnen Berufsbezeichnungen eine bunte Mischung teilweise stark divergierender Professionen zusammen¹²⁵, die sich nicht berufsspezifisch auswerten lassen;
- die zuständige Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege verfügt nicht über entsprechendes Datenmaterial;
- Berufsverbände von Therapeuten konnten vage die Gesamtzahl ihrer Mitglieder in Deutschland benennen, aus der aber nicht hervorgeht, wie groß darunter der Anteil der tatsächlich berufstätigen Personen ist;
- der Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes sind über einen Zeitraum von elf Jahren (2000 bis 2010) Angaben zur Zahl der in Deutschland berufstätigen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen sowie der Berufstätigen in anderweitig nicht genannten therapeutischen Berufen zu entnehmen.

Damit überhaupt eine auch nur vorsichtige Einschätzung der Personalbedarfsentwicklung in den therapeutischen Berufen vorgenommen werden kann, muss mangels zuverlässigerer

[9FEF138FC7563CE2F76F360F5C0A606E.tomcat_GO_1_2?operation=statistikLangtext&levelindex=0&levelid=1357737106224&index=3](https://www.destatis.de/DE/Presseportal/Neuerscheinungen/9FEF138FC7563CE2F76F360F5C0A606E.tomcat_GO_1_2?operation=statistikLangtext&levelindex=0&levelid=1357737106224&index=3).

¹²³ vgl. Kap. 4; für die Soziale Arbeit u.a. Aner 2010; Mühlum 2006; für die Gesundheitsberufe u.a. Robert-Bosch-Stiftung 2011; Wissenschaftsrat 2012.

¹²⁴ Nach dieser Klassifikation wird zwar eine detailliertere Differenzierung der Berufe vorgenommen, etwa nach „Physiotherapeut(en/innen) (nicht Ärzte/Ärztinnen) o. n. A.“ (Kennziffer 8520) oder „Bewegungstherapeut(en/innen)“ (Kennziffer 8525), eine entsprechende Datenauswertung ist jedoch nicht möglich (StatBA 2010, online verfügbar unter (12/2012) https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data.jsessionid=9FEF138FC7563CE2F76F360F5C0A606E.tomcat_GO_1_2?operation=statistikLangtext&levelindex=0&levelid=1357737106224&index=3)).

¹²⁵ Zum Beispiel unter Kennziffer 852 „Masseure/Masseurinnen, Medizinische Bademeister/Bademeisterinnen und Krankengymnasten/Krankengymnastinnen“.

Datenquellen – in Kenntnis und trotz ihrer methodischen Schwächen (Simon 2012) – mit den Informationen aus der Gesundheitspersonalrechnung gearbeitet werden. Aus zwei Gründen kommt es dabei zu Ungenauigkeiten:

- liegen keine Personalzahlen für Baden-Württemberg vor, der Personalbestand 2012 muss daher auf der Grundlage der im Bundesdurchschnitt (altersgruppen- und geschlechtsspezifisch) resultierenden Versorgungskennzahlen geschätzt werden;
- gehen Logopädie und Ergotherapie in den „anderweitig nicht genannten therapeutischen Berufen“ auf, so dass die Zahl der Berufstätigen mit einer dieser Ausbildungen wiederum geschätzt werden muss, und zwar geschieht dies an Hand des Anteils an den Heilmittelverordnungen (GKV – HIS 2004-2010), die 2004 bis 2010 auf Ergotherapie und Sprachtherapie entfallen.
- Personal von Behörden, Verbänden und dergleichen, das mit Planungs-, Koordinations- und Gestaltungstätigkeiten befasst oder in der Beratung eingesetzt ist, rekrutiert sich weit überwiegend aus den sozialen Berufen; vertreten sind häufig Sozialarbeiter beziehungsweise Sozialpädagogen sowie Psychologen. Wie viele Personen in diesen Bereichen tatsächlich arbeiten, ist ebenfalls in keiner Statistik systematisch erfasst; die Mikrozensusdaten weisen auch zu den hier genannten Berufen die erwähnten Defizite auf. Damit für den gerontologischen (Weiter-)Qualifikationsbedarf wenigstens eine Größenordnung angegeben werden kann, wird vorgeschlagen, ihn in Anlehnung an den steigenden Anteil älterer Personen an der Gesamtbevölkerung bei 25 bis 35 Prozent der im Mikrozensus 2011 für Baden-Württemberg ausgewiesenen Berufstätigen in den Sparten Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Psychologie anzusetzen, solange keine belastbaren Personalzahlen vorliegen.

135

7.4 Ergebnisse der Personalbedarfsberechnungen

Auf dieser dürftigen Informationsbasis beruht die jetzt vorzustellende Personalbedarfsberechnung für Baden-Württemberg im Jahr 2022.

Dazu sind, wie oben erwähnt (7.1), zunächst Versorgungskennzahlen ermittelt worden (vgl. Tab. 8), die als Maximal- und Mittelwerte einer Zeitreihe folgen, in der aus den jeweiligen Personal- und Bevölkerungszahlen Quoten gebildet werden. Generell sind diese Kennzahlen mit Blick auf die 80-Jährige und ältere Bevölkerung sowie – wegen ihres erhöhten Versorgungsbedarfs – auf die Frauen in diesem Alter berechnet worden. Im Unterschied dazu ist in die Versorgungskennzahlen für Heilpädagogen auch die Altersgruppe ab 60 Jahre eingegangen, in der wegen der steigenden Zahl von Personen mit Behinderung ein erhöhter Bedarf angenommen werden kann. Die Kennziffern für Sozialarbeiter, Sozialpädagogen sowie Psychologen beziehen sich auf die Gesamtbevölkerung – im Hinblick auf diese Berufe wird die Alterung der Bevölkerung – wie zuvor beschrieben – auf andere Art kalkuliert; für diese Berufe wurden auf der Basis des Mikrozensus 2011 für Baden-Württemberg Einzelwerte berechnet. Minimal- und Trendwerte sind ebenfalls errechnet worden, werden für die Quantifizierung des Personalbedarfs aber nicht berücksichtigt, um diesen Bedarf in einer alternden Bevölkerung nicht durch zu niedrig angesetzte Kennzahlen zu unterschätzen. Was dabei die Trendberechnung angeht, ergeben sich nämlich teilweise, trotz steigender Personalzahlen bezogen auf die relevanten Bevölkerungsgruppen, sinkende Versorgungskennzahlen.



Insgesamt weist Tabelle 8 für jeden Beruf vier Kennzahlen aus, da jeweils für die Gesamtpopulation der 80-Jährigen und Älteren und für die 80-Jährigen und älteren Frauen der Maximal- oder der Mittelwert berechnet wird. Für die Sozialarbeiter/Sozialpädagogen und Psychologen wird die Gesamtbevölkerung als Bezugspopulation gewählt und eine Kennzahl ausgewiesen.

Tabelle 8: Versorgungskennzahlen

| | | Maximum | Mittelwert |
|--|--|---------|------------|
| Bezugspopulation: Bevölkerung Baden-Württembergs | Altenpfleger | | |
| | Bezugspopulation 80+ | 0,0465 | 0,0425 |
| | Bezugspopulation 80+, w | 0,0695 | 0,0608 |
| | Gesundheits- und Krankenpfleger | | |
| | Bezugspopulation 80+ | 0,0338 | 0,0318 |
| | Bezugspopulation 80+, w | 0,0478 | 0,0453 |
| | Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger | | |
| | Bezugspopulation 80+ | 0,0025 | 0,0023 |
| | Bezugspopulation 80+, w | 0,0036 | 0,0033 |
| Berechnung: FfG; Datenbasis: Pflegestatistik für Baden-Württemberg 2001, 2003, 2005, 2007, 2009 (Beschäftigte in Pflegeberufen). (StatBA 2003a,b; 2005a,b; 2007a,b;2009a,b; 2011a,b). Bevölkerungsstatistik 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2010a). | | | |
| Bezugspopulation: Bevölkerung Baden-Württembergs | Gesundheits- und Krankenpfleger | | |
| | Bezugspopulation 80+ | 0,0807 | 0,0790 |
| | Bezugspopulation 80+, w | 0,1206 | 0,1197 |
| | Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger | | |
| | Bezugspopulation 80+ | 0,0110 | 0,0068 |
| | Bezugspopulation 80+, w | 0,0164 | 0,0103 |
| Berechnung: FfG; Datenbasis: Krankenhausstatistik, Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Baden-Württemberg 2009, 2010, 2011 (Beschäftigte in Pflegeberufen) (StatLA 2010b, 2011a, 2012). Bevölkerungsstatistik 2009, 2010, 2011, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2010a). | | | |
| Bezugspopulation: Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland | Physiotherapeuten | | |
| | Bezugspopulation 80+ | 0,0297 | 0,0259 |
| | Bezugspopulation 80+, w | 0,0443 | 0,0366 |
| | Heilpädagogen | | |
| | Bezugspopulation 60+ | 0,0006 | 0,0005 |
| | Bezugspopulation 80+ | 0,0033 | 0,003 |
| | Bezugspopulation 80+, w | 0,0045 | 0,0043 |



| | | Maximum | Mittelwert |
|--|-------------------------|---------|------------|
| | Logopäden | | |
| | Bezugspopulation 80+ | 0,0089 | 0,0084 |
| | Bezugspopulation 80+, w | 0,0124 | 0,0121 |
| | Ergotherapeuten | | |
| | Bezugspopulation 80+ | 0,0127 | 0,0121 |
| | Bezugspopulation 80+, w | 0,0179 | 0,0173 |

Berechnung: FfG; Datenbasis: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gesundheitspersonalrechnung 2000 bis 2010 (Beschäftigte in therapeutischen Berufe) (StatBA 2012b); GKV-HIS 2004 bis 2010 (Anteil der Logopäden und Ergotherapeuten an den Heilmittelverordnungen). Bevölkerungsstatistik 2000 bis 2010, Statistisches Bundesamt (2012a).

| | | | Einzelwert |
|--|--|-------------------|------------|
| Bezugspopulation: Bevölkerung Baden-Württembergs | Sozialarbeiter, Sozialpädagogen | | |
| | Bezugspopulation | Gesamtbevölkerung | 0,0037 |
| | Psychologen | | |
| | Bezugspopulation | Gesamtbevölkerung | 0,0007 |

Berechnung: FfG; Datenbasis: Mikrozensus 2011 für Baden-Württemberg (beschäftigte Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Psychologen) (StatLA 2011b). Bevölkerungsstatistik 2011, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (StatLA 2012).

Im nächsten Schritt war es erforderlich, den Personalstand in den verschiedenen Berufen in Baden-Württemberg im Jahr 2012, dem Basisjahr für die Personalbedarfsquantifizierung, zu beziffern. Dabei war zu berücksichtigen, dass die betreffenden Zahlen für das Bundesland Baden-Württemberg Ende 2012, als die Berechnung angestellt wurde, noch nicht erhoben waren (Krankenhausstatistik), erst wieder 2013 erhoben werden (Pflegestatistik) oder gar nicht systematisch erfasst werden.

Ausgehend von den Versorgungskennzahlen gemäß Tabelle 8 und den Bevölkerungszahlen für Baden-Württemberg 2012 (Tabelle 10), gehen aus Tabelle 9 insgesamt vier Personalzahlen hervor (wiederum mit Ausnahme der Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Psychologie), von denen für die weitere Berechnung der Minimal- und der Maximalwert sowie der über alle vier gebildete Mittelwert herangezogen werden.

Tabelle 9: Personalstand 2012

| | Personalstand | | Mini- mum | Maxi- mum | Mittel- wert |
|---------------------------------|------------------------|------------|--------------|--------------|-----------------|
| | Kennzahlen- Maximum | Mittelwert | | | |
| Altenpfleger (berechnet) | | | | | |
| Bezugspopulation 80+ | 25.760 | 23.561 | 21.824 | 25.760 | 24.022 |
| Bezugspopulation 80+, w | 24.942 | 21.824 | | | |



| | | Personalstand | | Mini- mum | Maxi- mum | Mittel- wert |
|--|-------------------------|------------------------|------------|--------------|--------------|-----------------|
| | | Kennzahlen- Maximum | Mittelwert | | | |
| Gesundheits- und Kranken- pfleger (berechnet) | | | | | | |
| Bezugspopulation 80+ | | 63.440 | 61.365 | | | |
| Bezugspopulation 80+, w | | 60.441 | 59.222 | 59.222 | 63.440 | 61.117 |
| Gesundheits- und Kinder- krankenpfleger (berechnet) | | | | | | |
| Bezugspopulation 80+ | | 7.489 | 5.082 | | | |
| Bezugspopulation 80+, w | | 7.206 | 4.900 | 4.900 | 7.489 | 6.169 |
| Physiotherapeuten (geschätzt) | | | | | | |
| Bezugspopulation 80+ | | 16.453 | 14.348 | | | |
| Bezugspopulation 80+, w | | 15.898 | 13.135 | 13.135 | 16.453 | 15.401 |
| Heilpädagogen (geschätzt) | | | | | | |
| 138 | Bezugspopulation 60+ | 1.644 | 1.370 | | | |
| | Bezugspopulation 80+ | 1.828 | 1.662 | 1.370 | 1.828 | 1.610 |
| | Bezugspopulation 80+, w | 1.615 | 1.543 | | | |
| Logopäden (geschätzt) | | | | | | |
| Bezugspopulation 80+ | | 4.930 | 4.653 | | | |
| Bezugspopulation 80+, w | | 4.450 | 4.342 | 4.342 | 4.930 | 4.594 |
| Ergotherapeuten (geschätzt) | | | | | | |
| Bezugspopulation 80+ | | 7.036 | 6.703 | | | |
| Bezugspopulation 80+, w | | 6.424 | 6.208 | 6.208 | 7.036 | 6.593 |
| | | Einzelwert | | | | |
| Sozialarbeiter, Sozialpädagogen (geschätzt) | | | | | | |
| Bezugspopulation Gesamtbevölkerung | | | | 39.914 | | |
| Psychologen (geschätzt) | | | | | | |
| Bezugspopulation Gesamtbevölkerung | | | | 6.985 | | |

Berechnung: FfG; Datenbasis: Versorgungskennzahlen gemäß Tabelle 8; Bevölkerungsstatistik 2012, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (StatLA 2012).

Tabelle 10: Bevölkerung in Baden-Württemberg

| | 2012 | 2022 |
|-----------------------------|------------|------------|
| insgesamt | 10.679.188 | 10.371.094 |
| 60 Jahre oder älter | 2.739.917 | 3.224.741 |
| 80 Jahre oder älter | 553.978 | 765.962 |
| 80 Jahre oder älter, Frauen | 358.872 | 459.964 |

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Entsprechend berechnet sich der Gesamtpersonalbedarf 2022 (vgl. Tab. 11). Damit stehen im Basisjahr (2012) und im Zieljahr (2022) für die betreffenden Berufe (außer Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Psychologie) jeweils drei Personalzahlen zur Verfügung. Der Minimal- und Maximalwert bezeichnet dabei die voraussichtliche untere und obere Grenze des Personalbestands (2012) und des Gesamtpersonalbedarfs (2022). Diese Werte weichen von dem rechnerischen Mittelwert mehr oder weniger stark ab. Der Gesamtbedarf an staatlich anerkannten Altenpflegern beispielsweise liegt 2022 demnach zwischen rund 28.000 und fast 36.000 Beschäftigten; der Mittelwert von 32.000 hat als theoretische Größe zur Orientierung bei Planungsprozessen zu gelten.

Tabelle 11: Gesamtpersonalbedarf 2022

| | Gesamtpersonalbedarf | | Mini- | Maxi- | Mittel- |
|--|------------------------|------------|--------|--------|---------|
| | Kennzahlen- Maximum | Mittelwert | mum | mum | wert |
| Altenpfleger (berechnet) | | | | | |
| Bezugspopulation 80+ | 35.617 | 32.577 | 27.971 | 35.617 | 32.034 |
| Bezugspopulation 80+, w | 31.968 | 27.971 | | | |
| Gesundheits- und Kranken- pfleger (berechnet) | | | | | |
| Bezugspopulation 80+ | 87.715 | 84.847 | 75.905 | 87.715 | 81.484 |
| Bezugspopulation 80+, w | 77.467 | 75.905 | | | |
| Gesundheits- und Kinder- krankenpfleger (berechnet) | | | | | |
| Bezugspopulation 80+ | 10.355 | 7.027 | 6.280 | 10.355 | 8.224 |
| Bezugspopulation 80+, w | 9.236 | 6.280 | | | |
| Physiotherapeuten (geschätzt) | | | | | |
| Bezugspopulation 80+ | 22.749 | 19.838 | 16.835 | 22.749 | 21.294 |
| Bezugspopulation 80+, w | 20.376 | 16.835 | | | |



| | Gesamtpersonalbedarf | | | | |
|------------------------------------|------------------------|------------|--------------|--------------|-----------------|
| | Kennzahlen- Maximum | Mittelwert | Mini- mum | Maxi- mum | Mittel- wert |
| Heilpädagogen (geschätzt) | | | | | |
| Bezugspopulation 60+ | 1.935 | 1.612 | | | |
| Bezugspopulation 80+ | 2.528 | 2.298 | 1.612 | 2.528 | 2.070 |
| Bezugspopulation 80+, w | 2.070 | 1.978 | | | |
| Logopäden | | | | | |
| Bezugspopulation 80+ | 6.817 | 6.434 | | | |
| Bezugspopulation 80+, w | 5.704 | 5.566 | 5.566 | 6.817 | 6.130 |
| Ergotherapeuten (geschätzt) | | | | | |
| Bezugspopulation 80+ | 9.728 | 9.268 | | | |
| Bezugspopulation 80+, w | 8.233 | 7.957 | 7.957 | 9.728 | 8.797 |

| | | Einzelwert |
|--------------------------------|---|------------|
| 140 | Sozialarbeiter, Sozialpädagogen (ge- schätzt) | |
| | Bezugspopulation Gesamtbevölkerung | 38.762 |
| Psychologen (geschätzt) | | |
| | Bezugspopulation Gesamtbevölkerung | 6.783 |

Berechnung: FfG; Datenbasis: Versorgungskennzahlen gemäß Tabelle 8; Bevölkerungsvorausberechnung 2022, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg.

Wie viel Personal in den einzelnen Berufen 2022 im Vergleich zu 2012 zusätzlich benötigt wird, das heißt der Erweiterungsbedarf, stellt sich als Differenz zwischen den korrespondierenden Werten aus Tabelle 11 und Tabelle 9 dar:



Tabelle 12: Personalerweiterungsbedarf

| | Minimum | Maximum | Mittelwert |
|--|------------|---------|------------|
| Altenpfleger | 6.148 | 9.857 | 8.012 |
| Gesundheits- und Krankenpfle- ger | 16.683 | 24.276 | 20.366 |
| Gesundheits- und Kinderkran- kenpfleger | 1.380 | 2.866 | 2.055 |
| Physiotherapeuten | 3.700 | 6.296 | 5.893 |
| Heilpädagogen | 242 | 700 | 460 |
| Logopäden | 1.223 | 1.887 | 1.536 |
| Ergotherapeuten | 1.749 | 2.692 | 2.204 |
| | Einzelwert | | |
| Sozialarbeiter, Sozialpädagogen | -1.152 | | |
| Psychologen | -202 | | |

Berechnung: FfG; Datenbasis: Personalzahlen gemäß Tabelle 9 und Tabelle 11.

Es fällt auf, dass sich der Gesamtpersonalbedarf in den Berufen Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Psychologie nach dieser Berechnung rückläufig entwickeln wird, weil die Bevölkerungszahl in Baden-Württemberg sinken wird (vgl. Tabelle 12). Daraus kann jedoch nicht geschlossen werden, dass damit zukünftig auch ein geringerer Bedarf an entsprechenden Fachkräften einhergehen wird. Im Gegenteil ist zu erwarten, dass sich das Aufgabenvolumen, das für Berufstätige in diesen Berufen aus der Alterung der Bevölkerung erwächst, vielmehr vergrößert. Das bedeutet, der Anteil derjenigen unter ihnen, die über eine gerontologische Zusatzqualifikation verfügen sollten, steigen wird. Des Weiteren ist davon auszugehen, dass (neue) fachliche Anforderungen – wie zuvor beschrieben – ebenfalls dazu führen können, dass zukünftig mehr und entsprechende qualifizierte nicht-medizinische akademische Fachkräfte in der Altenhilfe und Altenpflege benötigt werden.

Zum Personalneubedarf im Jahr 2022 trägt außerdem der Ersatzbedarf bei: ein Teil des Personals im Jahr 2012 wird 2022 nicht mehr berufstätig sein und muss ersetzt werden. Um diesen Personalanteil näherungsweise zu quantifizieren, wird angenommen, dass der Anteil 55-Jähriger und älterer Berufstätiger in dem jeweiligen Beruf dem Wert entspricht, der sich gemäß Mikrozensus 2011 für Baden-Württemberg für die Kategorien „Sozialarbeiter, Sozialpädagogen“ (30 %), „Krankenpflegepersonal“ (12 %) und „übrige Gesundheitsberufe“ (12 %) errechnet.



Tabelle 13: Personalverlust bis 2022

| | Anteil 55-jähriger und älterer Berufstätiger | Minimum | Maximum | Mittelwert |
|--|---|------------|---------|------------|
| Altenpfleger | 12 % | 2.650 | 3.128 | 2.917 |
| Gesundheits- und Krankenpfle- ger | 12 % | 7.191 | 7.703 | 7.421 |
| Gesundheits- und Kinderkran- kenpfleger | 12 % | 595 | 909 | 749 |
| Physiotherapeuten | 12 % | 1.595 | 1.998 | 1.870 |
| Heilpädagogen | 12 % | 166 | 222 | 196 |
| Logopäden | 12 % | 527 | 599 | 558 |
| Ergotherapeuten | 12 % | 754 | 854 | 801 |
| | | Einzelwert | | |
| Sozialarbeiter, Sozialpädago- gen | 30 % | 11.974 | | |
| Psychologen | 12 % | 848 | | |

142

Berechnung: FfG; Datenbasis: Personalzahlen gemäß
Tabelle 9, Mikrozensus 2011 für Baden-Württemberg, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg.

Ersatzbedarf und der Erweiterungsbedarf summieren sich zum Personalneubedarf 2022 (vgl. Tab. 14).

Tabelle 14: Personalneubedarf 2022

| | Minimum | Maximum | Mittelwert |
|--|---------|------------|------------|
| Physiotherapeuten | 5.295 | 8.294 | 7.763 |
| Heilpädagogen | 409 | 922 | 655 |
| Logopäden | 1.750 | 2.485 | 2.094 |
| Ergotherapeuten | 2.503 | 3.547 | 3.004 |
| Altenpfleger | 8.798 | 12.985 | 10.929 |
| Gesundheits- und Krankenpfle- ger | 23.874 | 31.979 | 27.788 |
| Gesundheits- und Kinderkran- kenpfleger | 1.975 | 3.775 | 2.804 |
| Pflegewissenschaftler | 119 | 266 | 186 |
| | | Einzelwert | |
| Sozialarbeiter, Sozialpädago- gen | 10.823 | | |
| Psychologen | 647 | | |

Berechnung: FfG; Datenbasis: Erweiterungsbedarf gemäß Tabelle 12, Ersatzbedarf gemäß Tabelle 13.



Die Bestimmung des akademischen Ausbildungsbedarfs in den pflegerischen und therapeutischen Berufen gründet hier auf der Empfehlung des Wissenschaftsrates (2012), dass dieser Personalanteil 10 bis 20 Prozent eines Ausbildungsjahrgangs betragen sollte. Tabelle 15 beinhaltet für diese Berufe Bedarfswerte, die als 10 Prozent des in Tabelle 15 bezifferten Personalmindestneubedarfs und als 20 Prozent des Personalthöchstneubedarfs errechnet werden. Als planungsrelevante Zahl wird wiederum der Mittelwert angegeben, der zur Orientierung dient, aber nicht mit dem sich tatsächlich einstellenden Bedarf zusammenfällt. Für den gerontologischen Weiterbildungsbedarf in Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Psychologie wird, wie oben (Seite 135) angesprochen, eine Rate von 25 bis 35 Prozent der Berufstätigen zugrunde gelegt. Die Bedarfswerte sind hier gerundet, um keine Präzision zu suggerieren, die nicht gegeben ist.

Tabelle 15: Akademikerbedarf und akademischer (gerontologischer) Weiterqualifizierungsbedarf in Baden-Württemberg bis 2022

| | 10%, Minimum | 20%, Maximum | Mittelwert |
|---------------------------------------|-------------------|-----------------|------------|
| Physiotherapeuten | 500 | 1.700 | 1.100 |
| Heilpädagogen | 40 | 200 | 120 |
| Logopäden | 180 | 500 | 340 |
| Ergotherapeuten | 250 | 700 | 475 |
| Altenpfleger | 900 | 2.600 | 1.750 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger | 2.400 | 6.400 | 4.400 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger | 200 | 800 | 500 |
| | 25 % | 35 % | |
| | der Berufstätigen | | |
| Sozialarbeiter, Sozialpädagogen | 2.700 | 3.800 | 3.250 |
| Psychologen | 160 | 230 | 195 |

143

Berechnung: FfG; Datenbasis: Personalneubedarf gemäß Tab.14

7.5 Anmerkungen zur Interpretation der Berechnungsergebnisse

Aufgrund der geschilderten Datenproblematik sind die präsentierten Personalbedarfswerte mit äußerster Zurückhaltung zu bewerten. Sie können lediglich als – vorläufiger – Rahmen angesehen werden, innerhalb dessen die akademische (Weiter-)Qualifizierung in wichtigen Berufen der gesundheitlichen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung und in den für die Anpassung der örtlichen Lebensbedingungen an veränderte demografische Gegebenheiten relevanten Berufsfeldern stattfinden sollte. Dies gilt in besonderem Maße für die Berufe, in denen die Beschäftigungssituation nicht durch die Krankenhausstatistik und die Pflegestatistik abgebildet wird.



Zu beurteilen, ob und inwieweit dieser Rahmen passend ist, erfordert eine institutionalisierte Beobachtung des Ausbildungs- beziehungsweise Studiengeschehens sowie der Situation der Absolventinnen und Absolventen auf dem Arbeitsmarkt. Dabei kommt es nicht bloß auf die schiere Zahl Berufstätiger verschiedener Profession an – was zu wissen allein schon einem Quantensprung gleichkommt –, sondern ebenso auf den Umfang ihrer Tätigkeit, ihre Altersstruktur und Geschlechterproportion, die Entwicklung der Personalzu- und -abgänge – letzteres speziell unter dem Aspekt dauerhafter Aufgabe des Berufs, um den Personalersatzbedarf, soweit er nicht altersbedingt ist, genauer erfassen zu können – und vieles mehr. Orientierung geben kann, was die Personalstruktur angeht, zum großen Teil die Pflegestatistik.

Für den Auf- beziehungsweise Ausbau des Studienplatzangebots können am Anfang die aufgeführten Mittelwerte als Maß genommen werden. Je nachdem, wie die Nachfrage nach Absolventinnen und Absolventen von ihrer Anzahl abweicht, muss die Zahl der Studienplätze zum Minimum oder Maximum tendierend modifiziert – beziehungsweise auf verbesserter Datenbasis die Personalbedarfsberechnung aktualisiert werden.

Nicht bedarfs-, aber beschäftigungsrelevant sind die gesundheits- und pflegepolitischen Rahmenbedingungen: sollten sich diese im Sinne einer stärkeren Ausrichtung auf präventive und rehabilitative Maßnahmen mit entsprechender Anpassung der Finanzierungsgrundlagen verändern, hätte dies Auswirkungen auf den Einsatz akademisch qualifizierten Personals in Therapie und (aktivierender) Pflege. Ob sich die Nachfrage nach Fachkräften betreffender Professionen dann noch im Rahmen der oben ausgewiesenen Margen – am oberen Rand – bewegt oder der Personalbedarf grundlegend neu bestimmt werden muss, ist im Fall einer solchen Entwicklung zu prüfen.

8 Zusammenfassung und Ausblick

8.1 Zusammenfassung

- **Demografischer und (senioren-)politischer Wandel – Ausgangspunkte für innovative Konzeptualisierungen** Altenhilfe und Altenpflege befinden sich unter den Einflüssen demografischer, sozialer und gesellschaftlicher sowie epidemiologischer Veränderungen und einer damit einhergehenden Ausdifferenzierung der Lebensphase Alter in einem kontinuierlichen Wandel und haben sich in den letzten Jahren inhaltlich zunehmend ausdifferenziert. Eine mögliche Antwort auf die Komplexitätszunahme, die in einer insgesamt alternden Gesellschaft über alle Lebensbereiche hinweg und in der Arbeitswelt festzustellen ist, besteht in der Neukonzeptualisierung von Altenhilfe und der Verortung von (Alten-)Pflege als Teil der gesundheitlichen Versorgung in einer alternden Gesellschaft.
- **Alter(n) als kommunale Gestaltungsaufgabe** Mit dem Wandel von der in der kommunalen Seniorenpolitik lange Zeit vorherrschenden Hilfeorientierung zu einem weiter gefassten Verständnis von Alter(n) und Altsein geht die Notwendigkeit einher, die Gesamtheit der Lebensverhältnisse einer alternden Gesellschaft auch und in besonderem Maße in den Kommunen zu gestalten. An das Konzept des „active ageing“ anknüpfend ist es bedeutsam, auf kommunaler Ebene Möglichkeiten zur Verbesserung des Älterwerdens für alle älteren Menschen zu eröffnen. Unter Berücksichtigung von Prävention und Lebenslauforientierung geht es insbesondere darum, aktives Alter(n) im Lebenslauf zu entwickeln und zu gestalten. In dieser Perspektive sind für die kommunale Seniorenpolitik einerseits neue Themen (z. B. Bildung, Gesundheitsförderung, Generationenbeziehungen, Wirtschaftskraft Alter, Partizipation, bürgerschaftliches Engagement u. v. m.), neue Zielgruppen und Akteure relevant; andererseits zeichnet sich für klassische Altersthemen (z. B. Einkommen, Pflege) und die traditionelle Daseinsvorsorge kein Bedeutungsverlust ab.

145

Folglich ergibt sich für eine moderne kommunale Seniorenpolitik die Notwendigkeit einer „doppelten Orientierung“, die gleichsam auf soziale Dienste und Einrichtungen angewendet werden kann, die für eine zunehmend heterogene Zielgruppe Älterer zu gestalten sind. Eine Neuausrichtung kommunaler Seniorenpolitik erfordert ein ressortübergreifendes und interdisziplinäres Vorgehen. Wesentlicher Ausgangspunkt für kommunale Umstrukturierungsprozesse sollte eine differenzierte Altersstrukturanalyse und kleinräumige (Sozial-, Demografie- oder Alten-)Berichterstattung sein, auf deren Grundlage der Bestand kommunaler seniorenbezogener Infrastrukturen erfasst, Bedarfe – nach Möglichkeit dialogorientiert und partizipativ – ermittelt und Handlungsempfehlungen und Maßnahmen abgeleitet werden können. Bei der Umsetzung sollten Kernelemente einer nachhaltigen Quartiersentwicklung handlungsleitend sein, die neben der Gestaltung und Anpassung bedarfsgerechter Wohnformen und Dienstleistungen und der Weiterentwicklung der Vernetzung lokaler Akteure auch auf die Verbesserung von Teilhabe- und Mitwirkungsmöglichkeiten für ältere Menschen gerichtet ist. Grundsätzlich kann auch eine kommunale Demografiepolitik, die bislang noch nicht abschließend konzeptualisiert ist, eine politikfeldübergreifende Auseinandersetzung mit demografischen Entwicklungen auf lokaler Ebene eröffnen. Neben Fragen der institutionellen Verankerung eines kommunalen „Demografiemanagements“ als Teil einer übergeordneten Demografiepolitik sind zukünftig insbesondere das Verhältnis und die Gewichtung der zu betei-



ligenden Politikbereiche zu klären. Aus gerontologischer Sicht ist es dabei bedeutsam, senienpolitische Schwerpunktthemen weiterhin im Blick zu behalten.

• **(Alten-)Pflege als Teil gesundheitlicher Versorgung in alternden Gesellschaften**

Demografische und epidemiologische Veränderungen bedingen auch eine Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung in einer alternden Gesellschaft. Bedeutsam für Umstrukturierungen in diesem bislang kurativ ausgerichteten Versorgungssegment sind einerseits die stärkere Gewichtung von Gesundheitsförderung und Prävention im Lebensverlauf, mit der auch die Lebensphase Alter und vulnerable Gruppen Älterer, die bislang in geringerem Maße von präventiven Maßnahmen profitieren, zunehmend Beachtung erfahren. Andererseits erweist sich eine kurative Ausrichtung auch für die in der Gruppe der Hochaltrigen dominierenden chronisch-degenerativen Erkrankungen als wenig angemessen; hier ist vielmehr eine bedarfs- und bedürfnisorientierte Gestaltung und kontinuierliche Anpassung von Langzeit-Versorgungsarrangements, bevorzugt im ambulanten Setting, erforderlich. Neben technischen Unterstützungssystemen kommt dabei insbesondere integrierten und ganzheitlichen Versorgungssystemen, inklusiven Beratungsangeboten für ältere Menschen und ihre Angehörigen sowie Managementleistungen, das heißt, Unterstützung bei der Organisation, Steuerung und Koordination von Hilfen, Bedeutung zu.

• **Soziale Dienste als Beschäftigungsfeld für akademische Soziale, Pflege- und Gesundheitsberufe**

Die Beschäftigten in den Sozialen Diensten werden im Allgemeinen den „Sozialen Berufen“ zugeordnet, wobei dem weitesten Begriffsverständnis folgend darunter Fachkräfte Sozialer Arbeit und Pflege- und Gesundheitsberufe gefasst und im Kontext dieser Arbeit Fachkräfte mit akademischer Qualifikation berücksichtigt werden. Neben einem anhaltend quantitativen Zuwachs versicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse ist für dieses Beschäftigungsfeld eine inhaltlich-konzeptionelle wie organisatorisch – strukturelle Ausdifferenzierung sozialer, pflegerischer und gesundheitlicher Dienstleistungen entsprechend der pluralen Lebenslagen im Alter zu verzeichnen. Diese geht mit einer allgemein festzustellenden Komplexitätszunahme professioneller, sozialer und pflegerischer Dienstleistungen für ältere Menschen sowie einer zunehmend erforderlichen professionsübergreifenden Zusammenarbeit einher. Konsens besteht zunehmend, dass für diese vielschichtigen und voraussetzungsvollen Aufgaben auch akademische Qualifikationen benötigt werden. Die Akademisierung der verschiedenen Berufsgruppen ist unterschiedlich weit vorangeschritten. Während sich beispielsweise in der Sozialen Arbeit seit Jahrzehnten eine akademische Ausbildung etabliert hat, wird erst in den letzten Jahren zumindest eine (Teil-)Akademisierung der Pflege- und Gesundheitsberufe gefordert und der Aufbau entsprechender Studiengänge forciert. Kennzeichnend für (akademische) soziale, Pflege- und Gesundheitsberufe ist, dass diese – ungeachtet ihrer fachlich unbestrittenen Notwendigkeit – fortwährend mit Deprofessionalisierungsbestrebungen konfrontiert werden.

• **Gerontologisierung Sozialer Arbeit und Aufbau (sozial-)gerontologischer Studiengänge**

In der aktuellen Diskussion ist für die langjährig etablierten Studiengänge Sozialer Arbeit gegenwärtig eine ambivalente Situation festzustellen. Einerseits wird aufgrund der Ausdifferenzierung der Handlungsfelder sozialer Altenarbeit und der zunehmenden „Gerontologisierung“ klassischer Handlungsfelder Sozialer Arbeit ein hoher Ausbildungsbedarf und eine entsprechende Anpassung der Ausbildungsinhalte gefordert; andererseits stehen dem eine durch die Bologna-Reformen bedingte, vorwiegend generalistische Ausrichtung der Ba-



chelorstudiengänge und ein geringeres Interesse der Studierenden für das Thema „Alter(n)“ gegenüber. Dass dieses Arbeitsfeld für viele Studierende geringere Attraktivität besitzt, kann auch auf die geringe finanzielle und strukturelle Absicherung des Berufsfeldes Altenhilfe zurückgeführt werden.

Auch für die Studienangebote im Bereich der (Sozialen) Gerontologie sind seit den Bologna-Reformen Veränderungen zu verzeichnen. Während die Universitäten überwiegend konsekutive Masterstudiengänge eingerichtet haben, werden an den Fachhochschulen Weiterbildungs-Master favorisiert. Die inhaltlichen Schwerpunkte der Studienangebote gestalten sich bundesweit sehr unterschiedlich; Gerontologie wird interdisziplinär unter Einbezug unterschiedlicher Fachrichtungen und mit Blick auf unterschiedliche berufliche Einsatzbereiche konzeptualisiert.

Abzuwarten bleibt, wie sich die (neuen) gerontologischen Qualifikationen auf dem Arbeitsmarkt etablieren und ob die Studieninhalte aus Sicht der Praxis anschlussfähig sind. Dazu liegen bislang für die vergleichsweise neuen Studienangebote, nicht zuletzt aufgrund noch ausstehender, regelmäßiger Absolventenbefragungen, noch keine Befunde vor. Erfahrungen mit gerontologischen Studienangeboten, die im Zuge der Bologna-Reform eingestellt wurden, belegen nicht nur eine Annahme der Absolventen in der Praxis, sondern auch positive, individuelle berufliche Veränderungen (z. B. Erweiterung des beruflichen Verantwortungsbereichs, Übernahme von Leitungs-/Managementaufgaben, planerisch-konzeptionellen Aufgaben, Referententätigkeiten; z. T. ging mit der beruflichen Weiterbildung auch eine Höhergruppierung einher).

147

- **(Teil-)Akademisierung der Gesundheitsberufe** Die Akademisierung der Gesundheitsberufe stellt eine mögliche Strategie dar, um dem Fachkräftemangel zu begegnen; die Schaffung beruflicher Weiterentwicklungsmöglichkeiten auf akademischen Niveau zielt darauf, den Verbleib im Beruf und die Attraktivität dieses Berufsfeldes zu verbessern. Darüber hinaus sind damit weitere Erwartungen verbunden wie die Sicherstellung der Anschlussfähigkeit an internationale Entwicklungen, die Förderung der Durchlässigkeit zwischen beruflichen Ausbildungsmöglichkeiten und Studium sowie die Professionalisierung der Pflege-/Gesundheitsberufe.

Die Akademisierung der Gesundheitsberufe weist in Deutschland eine sehr junge Tradition auf und ist noch nicht abgeschlossen. Die Etablierung von Studiengängen ist gegenwärtig überwiegend durch modellhafte Bedingungen geprägt. Insbesondere für die Pflege werden verschiedene Studienmodelle parallel realisiert und kontrovers diskutiert. Da in Deutschland an der bisherigen beruflichen Pflegeausbildung und Berufszulassung festgehalten wird, bestehen wesentliche Herausforderungen darin, diese in die Hochschulausbildung zu integrieren (kombinierte Berufs-/Hochschulausbildung) oder anschlussfähige akademische Weiterbildungsangebote für beruflich qualifizierte Pflegekräfte zu entwickeln (einschließlich Verbesserung der Durchlässigkeit z. B. durch Anerkennung nicht-hochschulischer Leistungen und Eignungsprüfungen bei fehlender formaler Hochschulzugangsberechtigung). Weitere Bemühungen bestehen darin, primärqualifizierende Hochschulangebote für die Pflege und die therapeutischen Berufe zu etablieren, für die sich bislang jedoch Fragen der Berufszulassung und der Akzeptanz in der Praxis stellen.



Neben der Diskussion von ausbildungsstrukturellen, gesetzlichen und inhaltlichen Anforderungen beziehen sich weitere Überlegungen auf die Gestaltung einer qualifikationsbezogenen Aufgabenverteilung (Professionsmix) und einer qualifikationsbezogenen Vergütung. Weiterhin wirft die Bestimmung des quantitativen Bedarfs an akademischen Fachkräften Fragen auf. Aufgrund einer allgemein als ungenügend zu bezeichnenden Datenlage zur Aus-, Fort- und Weiterbildungssituation der Gesundheitsberufe kann dieser bislang nur unpräzise und für einen Teil der Gesundheitsberufe beantwortet werden. Forschungsbedarf besteht zudem zum Nachweis des tatsächlichen Nutzens der Akademisierung der Berufsausbildung für die Versorgungsqualität und hier insbesondere für die Ergebnisqualität. Auch die der Akademisierung gegenläufigen politischen Bestrebungen zur „Delegation nach unten“, die den Einsatz von gering/unqualifizierten Assistenzkräften in der Pflege vorsehen, sind zu problematisieren. Neben Entprofessionalisierung und einer weiteren Abwertung des Ansehens des Pflegeberufs werden damit letztlich auch Fragen der Qualität der Pflege aufgeworfen. Dementsprechend kommt der qualifizierten Anleitung von Assistenzkräften, unter anderem durch akademische Fachkräfte, im Rahmen einer qualifikationsorientierten Arbeitsteilung wesentliche Bedeutung zu. Ob diesbezüglich der sich abzeichnende höhere Bedarf an akademischen Fachkräften zukünftig gedeckt werden kann, ist bislang ungewiss.

• **Bologna-Prozess, Qualifikationsrahmen und Verfahren zur Förderung der Durchlässigkeit** Aufgrund des Bologna-Prozesses kam es in den vergangenen Jahren zu Umstrukturierungen in der deutschen Hochschullandschaft. Mit den Bologna-Reformen wurden verschiedene Maßnahmen zur Neustrukturierung von Studienabschlüssen realisiert; diese strukturellen Veränderungen sollen zu einer besseren Anerkennung und Vergleichbarkeit von Abschlüssen und somit zu mehr Transparenz beitragen. Mit dem „Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse“ erfolgte eine Neuordnung der hochschulspezifischen Qualifikationsmöglichkeiten; so kann mit dem Bachelor nunmehr bereits ein berufsqualifizierender Abschluss erworben werden, an die weitere hochschulische Qualifikationen (Master, Promotion) anschließen können.

148

Darüber hinaus entwickelten sich auf europäischer Ebene „Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen“, die darauf gerichtet sind, Qualifikationen und Abschlüsse unterschiedlicher Bildungssysteme (allgemeine und berufliche Bildung) besser aufeinander abzustimmen und insbesondere die Durchlässigkeit zwischen verschiedenen Bildungsbereichen zu verbessern. Der „Deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen“ umfasst acht Niveaustufen und zielt darauf, vergleichbare Aussagen über Lernergebnisse zu treffen, die auf unterschiedlichen Bildungswegen (informelle Lernprozesse; allgemeine, berufliche Bildung, Weiterbildung, Hochschulbildung) erzielt wurden. Eine weitere Konkretisierung erfolgt mit der Entwicklung fachspezifischer Qualifikationsrahmen, die auch für die Pflege- und Gesundheitsberufe erprobt werden. Die Einführung und Erprobung von Qualifikationsrahmen und die Übertragung von europäischen Anforderungen auf das deutsche System sind derzeit noch nicht abgeschlossen und es besteht zu verschiedenen Themen weiterer Klärungsbedarf.

Kontrovers wird beispielsweise die Zuordnung von Fachschul- und Bachelorabschlüssen der Pflege- und Gesundheitsberufe zu Niveaustufen der Qualifikationsrahmen diskutiert. Offen bleibt, ob diese – dem Prinzip der Gleichwertigkeit trotz fehlender Gleichartigkeit folgend – gemeinsam auf einer Niveaustufe eingeordnet werden können oder sollen. Ebenfalls bleibt zu klären, welche Verfahren zur Förderung der Durchlässigkeit angemessen sind. Besonde-



re Herausforderungen werden darin gesehen, einheitliche Äquivalenzbestimmungen und Anrechnungsverfahren bereit zu stellen, um einer potenziellen Entwertung von Abschlüssen zu begegnen. Europäische Erfahrungen können für die weitere Entwicklung in Deutschland zur Orientierung herangezogen werden, aufgrund unterschiedlicher bildungspolitischer Voraussetzungen jedoch nicht einfach übertragen werden. Es bedarf noch weiterer Anstrengungen, um ein einheitliches System zu schaffen, welches eine vereinfachte Zuordnung von Qualifikationen ermöglicht und die Durchlässigkeit verbessert. Neben der Klärung öffentlich-rechtlicher und föderaler Zuständigkeiten für die Entwicklung und Umsetzung eines berufsgruppenübergreifenden Qualifikationsrahmens in den Pflege und Gesundheitsberufen bestehen zukünftig weitere Handlungsbedarfe für die Anpassung der Berufsgesetze im Sinne einer lernergebnisorientierten Beschreibung der Ausbildungs- und Qualifikationsziele sowie der Berufszulassung. Außerdem ist ein einheitlicher Umgang mit der Anerkennung informeller und non-formaler Lernergebnisse anzustreben.

- **Ableitung von Qualifikationsanforderungen** Mit der Differenzierung der Themen- und Handlungsfelder in der Altenhilfe und Altenpflege müssen auch Überlegungen zu Anforderungen an die Qualifikation entsprechender akademischer Berufsgruppen angestellt werden. Auf der Grundlage der Literaturanalyse und unter Berücksichtigung der Ergebnisse der eigenen Erhebungen wurden – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – (neue) Qualifikationsanforderungen für nicht-medizinische akademische Fachkräfte für drei verschiedene Bereiche abgeleitet.

149

So sind im Zuge der Neukonzeptualisierung kommunaler Seniorenpolitik verschiedene Kompetenzen für die Umsetzung (neuer) kommunaler Gestaltungsaufgaben erforderlich (z. B. Analyse-/Planungskompetenz, Organisations-, Koordinations- und Steuerungskompetenz, Entwicklung und Anpassung von nutzerorientierten, kommunalen Angeboten und Konzepten, intra-/interkommunale Zusammenarbeit). Weitere Kompetenzanforderungen können für den direkten Kontakt zur älteren Zielgruppe und ihren Angehörigen formuliert werden (z. B. Kommunikations-/Interaktionskompetenz, Kompetenzen für den Erstkontakt, Reflektionskompetenz, soziale Kompetenzen). Auch für die (Neu-) Gestaltung von Versorgungsstrukturen und eine dementsprechenden Anpassung arbeitsorganisatorischer Prozesse können spezifische Kompetenzen benannt werden (z. B. Entwicklung und Anpassung nutzerorientierter, interdisziplinärer Behandlungs- und Versorgungskonzepte und -prozesse, Anwendung/Steuerung moderner Technologien, Qualitätsentwicklung und -sicherung). In der übergreifenden Betrachtung sind Beratungs-, pädagogische, kommunikative und koordinierende Kompetenzen zukünftig ebenso von Bedeutung wie eine interdisziplinäre Zusammenarbeit.

- **Demografische und (senioren-)politische Entwicklungen und ihre Bewertung in Baden-Württemberg** Im gegenwärtig jungen Bundesland Baden-Württemberg wird sich zukünftig der Anteil der 60-Jährigen und Älteren sowie der 80-Jährigen und Älteren an den Bundesdurchschnitt annähern. Außerdem ist für die in Baden-Württemberg bislang als gering zu bewertende Pflegequote anzunehmen, dass diese – infolge der Zunahme der älteren und hochaltrigen Bevölkerung – zukünftig steigen wird. Bei der Betrachtung der Bevölkerungsstruktur und ihrer Verteilung werden die regionalen Unterschiede zwischen dem insgesamt eher älteren Westen und dem jüngeren Osten Baden-Württembergs deutlich. Außerdem ist ein lokaler, zum Teil überdurchschnittlich hoher, Anteil an 60-Jährigen und Älteren sowie an 80-Jährigen und Älteren in einzelnen Gemeinden festzustellen. Neben einer offen-



sichtlichen Zunahme des Anteils hochaltriger Frauen in einigen Stadtkreisen, zeichnet sich eine deutlichere Alterung ländlicher, dünner besiedelter Gebiete ab. Folglich ergeben sich regional unterschiedliche Bedarfe für die Gestaltung von Maßnahmen zur Sicherstellung der Begleitung und Versorgung älterer Menschen und ihrer Angehörigen, und dementsprechend sozialraumspezifische Bedarfe an nicht-medizinischen akademischen Fachkräften in der Altenhilfe und Altenpflege.

Betrachtet man die auf die Fragestellung dieses Projektes bezogenen, aktuellen seniorenpolitischen Ziele und Entwicklungen in Baden-Württemberg, sind neben der Verbesserung der Pflegeinfrastruktur auch Förderschwerpunkte für komplementäre Dienste und Einrichtungen sowie im Bereich der geriatrischen Rehabilitation hervorzuheben. Handlungsleitend sollen dabei die Selbstbestimmtheit und Selbständigkeit im (hohen) Alter sein. Einen umfassenden und differenzierten Überblick zu landessenoren- beziehungsweise demografiepolitisch relevanten Maßnahmen, (Modell-)Projekten und Praxisbeispielen bietet das Aktionsprogramm „Ältere Generation im Mittelpunkt – Miteinander der Generationen“ des Sozialministeriums. Im Kontext dieser Arbeit erscheinen daraus verschiedene Bereiche bedeutsam. Vor dem Hintergrund eines (anzustrebenden) kommunalen Demografiemanagements sind der Schwerpunkt „Alter und Familie bzw. familienähnliche Lebensformen“ und die hier aktuell vorgesehene Erprobung eines „Managementverfahrens für Kommunen im demografischen Wandel“ hervorzuheben.

150

Im Themenfeld „Alter und Gesundheit“ werden neben der Landesgesundheitsberichterstattung das Geriatriekonzept Baden-Württemberg sowie Angebote für Menschen mit demenziellen Erkrankungen akzentuiert. Der Schwerpunkt „Alter und Bildung“ umfasst – neben zielgruppenspezifischen Angeboten für ältere Menschen (z. B. Hochschul-, Weiterbildungs-, Kulturangebote) insbesondere wissenschaftliche Weiterbildungsangebote für Beschäftigte in der Arbeit mit älteren Menschen; Studiengänge zum Thema „Ältere Menschen“ bestehen an verschiedenen Fach-/Hochschulen des Landes mit unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten.

Auch dem Thema „Alter und Wohnen“ wird Bedeutung beigemessen. Hier stehen die Unterstützung generationensensibler, raumplanerischer Handlungsansätze (barrierefreies Wohnen, Erhalt der Innenstädte) und betreute Seniorenwohnungen im Mittelpunkt. In der Auseinandersetzung zum Thema „Alter und Behinderung“ wurden zum einen „Leitlinien zum Wohnen und zur Betreuung älter werdender und alter behinderter Menschen“ entwickelt, zum anderen konzeptionelle und räumliche Anforderungen einer Tagesbetreuung als Arbeitsgrundlage für Träger, Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe formuliert. Mit diesen Arbeiten gehen auch Bestrebungen zur Förderung eines verstärkten Austauschs zwischen der Alten- und Behindertenhilfe und zum Einbezug älterer (pflegebedürftiger) Menschen mit Behinderung in die kommunale Altenhilfeplanung einher.

Besonderes Augenmerk wird auf die Verbesserung der Versorgung für demenziell Erkrankte gerichtet; darauf zielen neben einem quantitativen Ausbau der Personalstrukturen auch Strategien der (Höher-)Qualifizierung. Letztgenannte gehen jedoch zugleich mit Maßnahmen zur Öffnung des Pflegeberufs nach unten – also dem Einbezug gering/unqualifizierten Personals – einher. Einen weiteren Schwerpunkt bilden die wohnortnahen (Pflege-)Beratungsstrukturen (z. B. Pflegestützpunkte) sowie niedrigschwellige Angebote als Teil integrierter Versorgung.



Darüber hinaus zeigen sich weitere innovative Projekte in der Altenhilfe und Altenarbeit in den Bereichen Seniorenwirtschaft (z. B. Dienstleistungen zur Förderung einer aktiven alltäglichen Lebensführung im Alter), ältere Arbeitnehmer und Generationensolidarität. Maßnahmen zu Akademisierung der Gesundheitsberufe wurden und werden auch in Baden-Württemberg vollzogen. Verschiedene Modellvorhaben – und hier insbesondere duale Modelle – zielen insbesondere darauf, die Durchlässigkeit zwischen den Bildungssektoren zu verbessern.

• **Einschätzung zum bisherigen und zukünftigen Einsatz nicht-medizinischer akademischer Fachkräfte in der Altenhilfe und Altenpflege in Baden-Württemberg** Eine differenzierte Einschätzung zum bisherigen und zukünftigen Einsatz nicht-medizinischer akademischer Fachkräfte in der Altenhilfe und Altenpflege bieten die Interviews, die im Rahmen der vorliegenden Expertise mit Vertretern aus „Politik, Verwaltung und Verbänden“ sowie „Trägern und Einrichtungen“ geführt wurden. Aus Sicht der Experten können verschiedene Qualifikationsanforderungen für nicht-medizinische akademische Fachkräfte in der Altenhilfe und Altenpflege benannt werden. Neben einer gerontologisch-geriatrischen Kompetenz, sozialen Kompetenzen sowie multidisziplinären Kompetenzprofilen werden Technik, Beratung und Coaching, Kommunikation und Vernetzung, Qualitätsmanagement, Führung und Leitung, Gestaltung des Welfare-Mix als zukünftige Kompetenzbereiche beschrieben.

Aussagen zum zukünftigen quantitativen Bedarf an nicht-medizinischen Fachkräften bleiben bei allen Befragten unkonkret; ob, in welchem Ausmaß und für welche Tätigkeiten akademische Fachkräfte eingesetzt werden, obliegt der individuellen Entscheidung des Anstellungsträgers (z. B. Kommunen, Verbände, Einrichtungen). Regional und trägerspezifisch wird die Anzahl an akademischen Fachkräften von dem Großteil der Befragten gegenwärtig – bezogen auf die aktuellen finanziellen Rahmenbedingungen – als ausreichend bewertet. Demografische Veränderungen, hohe inhaltlich-fachliche Anforderungen, eine schlechte (Ergebnis-)Qualität und ein zunehmend größeres Angebot an Absolventen begründen einen zukünftig höheren Bedarf an nicht-medizinischen akademischen Fachkräften in der Altenhilfe und Altenpflege, aber keine Vollakademisierung.

151

Problematisiert wird eine fehlende und bislang tariflich nicht nachvollzogene qualifikationsbezogene Vergütung für nicht-medizinische akademische Fachkräfte. Für die Stellenbesetzung werden außerdem

- hohe Anforderungen an die Mitarbeiter und vergleichsweise schlechte Arbeitsbedingungen,
 - umfangreiche Aufgaben und Qualitätsanforderungen bei fehlenden/unzureichenden Finanzierungsstrukturen,
 - fehlende Anforderungsprofile für akademisch Qualifizierte,
 - eine mangelnde Passung zwischen Qualifikationsprofilen der Absolventen und Praxisanforderungen sowie
 - Imageprobleme und Attraktivitätsmängel des Arbeitsfeldes
- als Hemmnisse und Probleme benannt. Hinzu kommt, dass unter den Pflegekräften selbst eine quantitative Abnahme und somit fehlende potenzielle Studienbewerber erwartet werden.

Gegenwärtig werden zudem die Finanzierungsmöglichkeiten problematisiert. Neben einer fehlenden qualifikationsbezogenen Stufung der Gehälter in den Tarifstrukturen, wirkt er-



schwerend, dass die im SGB-XI formulierten inhaltlichen Anforderungen, die den Einsatz von akademischen Fachkräften nahe legen, nicht mit Vorgaben zur Personalqualifikation hinterlegt sind; somit fehlen entsprechend einheitliche Vorgaben für die Pflegesatzverhandlungen. Für die zukünftigen finanziellen Rahmenbedingungen werden Gestaltungsspielräume im Sinne der (Um-)Verteilung von weiterhin begrenzten Ressourcen auch zugunsten akademischer Fachkräfte gesehen, vorausgesetzt ihre gesellschaftliche wie fachlich-inhaltliche Relevanz und ihr Mehrwert werden begründet. Mit Blick auf den Nutzen akademischer Fachkräfte wird deutlich, dass zwar qualitative Verbesserungen, aber keine fiskalische Auswirkungen erwartet werden. So werden seitens der Träger und Einrichtungen bislang keine Einsparmöglichkeiten durch den Einsatz akademischer Fachkräfte gesehen. Die Experten aus Einrichtungen erwarten von den akademischen Fachkräften auch praktische Berufserfahrungen und plädieren somit für Studiengänge mit Weiterbildungscharakter. Unterschiede zwischen den neuen akademischen Abschlüssen Bachelor und Master sind den Anstellungsträgern oftmals nicht klar. Dahingehend wird das landesspezifische Studienangebot als sehr intransparent und heterogen bewertet; kritisiert wird auch die mangelnde Passung zwischen Studienkonzepten/Curricula und Praxisanforderungen.

• **Hochschul- und Ausbildungssituation in Baden-Württemberg für nicht-medizinische akademische Fachkräfte:** Die Hochschullandschaft in Baden-Württemberg bietet eine Vielzahl von Möglichkeiten, sich im Sozial- und Gesundheitswesen (weiter) zu qualifizieren. Die Befragung ausgewählter Studiengangsleitungen und Immatrikulationsämter von Studiengängen, die für das Berufsfeld Altenhilfe und Altenpflege relevant erschienen, verdeutlicht, dass nur sehr wenige Studiengänge speziell für diese Handlungsfelder ausbilden. Die meisten Studiengänge sind generalistisch angelegt, das heißt, die Absolventen können unter anderem in diesem Feld tätig sein, sind jedoch aufgrund der breiten Aufstellung der Studiengänge auch für andere Berufsfelder qualifiziert.

152

Im Bereich der Altenpflege sind häufig die Zugangsvoraussetzungen für ein Studium nicht erfüllt, was eine Akademisierung derzeit einschränkt. Für die bereits tätigen Mitarbeiter, die sich zukünftig weiter entwickeln möchten, sind niedrighschwellige Angebote zu entwickeln, die die Aufnahme eines Studiums ermöglichen (z. B. Maßnahmen zur Anerkennung von Ausbildungs- und Berufstätigkeitszeiten auf ein Hochschulstudium).

In der dualen Hochschulausbildung fehlen zunehmend die geeigneten Bewerber in den Praxiseinrichtungen der Altenpflege. Der Ausbau des Hochschul- und Einrichtungsmarketings kann die Attraktivität der dualen Ausbildung fördern. Es ist aus Sicht der Praxispartner notwendig, die weiteren Karrierechancen deutlich darzustellen.

Die Studiengangsleiter äußerten, dass die potenziellen Arbeitgeber über die in den Studiengängen erworbenen Kompetenzen für das praktische Tätigkeitsfeld häufig nicht genügend informiert sind. Hier zeigt sich dringender Verbesserungsbedarf. Die Vielzahl und Verschiedenartigkeit der Ausbildungsvarianten verhindert eine schnelle Übersicht über das Gesamtsystem. Deshalb ist es auf der einen Seite für die Studierenden schwierig, in kurzen Zeitspannen das passende Angebot für ihr persönliches Ausbildungsziel zu finden. Auf der anderen Seite können die Arbeitgeber nicht einschätzen, welche Kompetenzen in den neuen Studiengängen vermittelt werden und häufig keine adäquaten Beschäftigungsangebote für die Absolventen bereithalten. Die meisten Absolventen bleiben nach Einschätzung der Stu-



diengangsleiter in Baden-Württemberg und finden nach dem Studium direkt einen Berufseinstieg. Systematische Verbleibsstudien liegen bislang für die relativ neuen Studienangebote in Baden-Württemberg noch nicht vor, sind jedoch zukünftig insbesondere für die Einschätzung der Annahme der neuen Qualifikationen auf dem Arbeitsmarkt dringend erforderlich.

Zukünftige Schwerpunktsetzungen in den Studiengängen ergeben sich auch aus dem Praxisbedarf. Hier sollte ein enger und kontinuierlicher Austausch zwischen den Hochschuleinrichtungen und den Praxiseinrichtungen gefördert werden. Aus Sicht der Studiengangsleitungen und der Arbeitgeber muss zukünftig auf eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Hochschulen und Praxis geachtet werden. Der Austausch zwischen Theorie und Praxis sollte in den Hochschulen eine Anpassung der vorhandenen Curricula fördern. Durch die Information zu spezifischen Kompetenzen, die die Absolventen in die Praxis mitbringen, sollen Arbeitgeber bei der Stellenausschreibung gezielt unterstützt werden. Zusätzlich sollte ein Ausbau sowohl fachspezifischer als auch allgemeiner Weiterbildungsmöglichkeiten erfolgen. Die Mitarbeiterbindung erfolgt langfristiger, wenn der Arbeitgeber sich an der Finanzierung von Fortbildungen beteiligt. Damit können Institutionen nicht nur den Verbleib von qualifiziertem Personal sichern, sondern auch dem Fachkräftemangel entgegenwirken.

• **Quantifizierung des Personalbedarfs in Baden-Württemberg und Interpretation der Ergebnisse** Für die Personalbedarfsberechnung wurde ein empirisch fundiertes Verfahren gewählt. Ausgehend von einem gegenwärtig als bedarfsgerecht angenommenen Personalbestand in den hier betrachteten Sozial-, Pflege- und Gesundheitsberufen erfolgte eine Ermittlung des zukünftig erforderlichen akademischen Personals. Der Personalgesamtbedarf 2022 wurde dadurch berechnet, dass die Versorgungskennzahlen zu altersgruppen- und geschlechtsspezifisch gestaffelten Bevölkerungszahlen des Jahres 2022 in Relation gebracht wurden. Zur Einschätzung des Ersatzbedarfs erfolgte eine Auswertung von berufsspezifischen Daten zur Altersstruktur. Der Bedarf an akademischen Qualifikationen wurde als Personalneubedarf bis 2022 ausgewiesen, der sich aus der Summe aus Erweiterungsbedarf und Ersatzbedarf ergibt. Der Bedarf an gerontologischer Zusatzqualifikation, die berufsbegleitend erworben werden kann, wurde bezogen auf den gesamten Personalbestand in bestimmten Berufen ermittelt.

153

In die Personalbedarfsberechnung wurden verschiedene Berufe einbezogen. Einer weiten Definition folgend wurden Soziale Berufe (Sozialarbeit, (Sozial-)Pädagogik und Psychologie) und Pflege- und Gesundheitsberufe (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Physiotherapie, Heilpädagogik, Logopädie, Ergotherapie) einbezogen. Zu berücksichtigen ist, dass die Aussagekraft der Personalbedarfsberechnung maßgeblich von der Qualität des Datenmaterials abhängt; diesbezüglich wurden für die hier interessierenden Sozial-, Pflege- und Gesundheitsberufe erhebliche Mängel deutlich.

Während Angaben amtlicher Statistiken zur Bevölkerung und die Statistiken zu den Pflegeberufen (Pflege-, Krankenhausstatistik) als unproblematisch anzusehen sind, stellte sich die Datenlage für Beschäftigte in den therapeutischen Berufen mangelhaft, das heißt fehlend, unvollständig oder undifferenziert, dar. Die hier alternativ genutzten Angaben der Gesundheitspersonalrechnung beinhalten Ungenauigkeiten, da mangels landesspezifischer Daten der Personalbestand auf Grundlage der im Bundesdurchschnitt resultierenden Versorgungskennzahlen oder – für die Logopädie und Ergotherapie – mit Bezug auf ihren Anteil an den



Heilmittelverordnungen geschätzt werden musste. Ebenfalls lückenhaft stellt sich die Datelage für Soziale Berufe (Sozialarbeit, (Sozial-)Pädagogik und Psychologie) dar. So ist bislang nicht systematisch und differenziert erfasst, wie viele Personen in den hier interessierenden Handlungsfeldern und Aufgabenbereichen mit Bezug zum Alter(n) tatsächlich tätig sind.

Zur Bestimmung des akademischen Ausbildungsbedarfs in den pflegerischen und therapeutischen Berufen wurde mit Bezug auf den Wissenschaftsrat (2012) eine Akademisierungsquote von 10 bis 20 Prozent eines Ausbildungsjahrgangs zugrunde gelegt. Der gerontologische Weiterbildungsbedarf wurde, ausgehend von der Anzahl der im Mikrozensus 2011 für Baden-Württemberg ausgewiesenen Beschäftigten in Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Psychologie, mit einer Rate von 25 bis 35 Prozent der Berufstätigen bemessen. Für den auf beziehungsweise Ausbau des Studienplatzangebots können zunächst die aufgeführten Mittelwerte als Maß genommen werden. Je nachdem, wie die Nachfrage nach Absolventen von ihrer Anzahl abweicht, muss die Zahl der Studienplätze zum Minimum oder Maximum tendierend modifiziert – beziehungsweise auf verbesserter Datenbasis die Personalbedarfsberechnung aktualisiert werden.

Aufgrund der bestehenden Datenproblematik sind die Personalbedarfszahlen mit äußerster Zurückhaltung zu bewerten. Die ermittelten Werte bilden einen vorläufigen Orientierungsrahmen, innerhalb dessen die akademische (Weiter-)Qualifizierung in sozialen, gesundheitlichen, pflegerischen und therapeutischen Berufen stattfinden sollte. Zu beurteilen, ob und inwieweit dieser Rahmen passend ist, erfordert eine institutionalisierte Beobachtung des Ausbildungs- beziehungsweise Studiengeschehens sowie des Verbleibs der Absolventen auf dem Arbeitsmarkt. Erforderlich wäre insbesondere eine systematische Erfassung der Anzahl der Beschäftigten der hier interessierenden Professionen sowie darüber hinaus Angaben zum Beschäftigungsumfang, zur Altersstruktur und Geschlechterproportion sowie zur Entwicklung der Personalzu-/abgänge. Nicht bedarfs-, aber beschäftigungsrelevant sind die sozial-, gesundheits- und pflegepolitischen Rahmenbedingungen. Sollten sich diese für relevante Versorgungsbereiche in der Altenhilfe und Altenpflege mit entsprechender Anpassung der Finanzierungsgrundlagen verändern, hätte dies Auswirkungen auf den Einsatz nicht-medizinischer akademischer Fachkräfte.



8.2 Entwicklungsperspektiven für Baden-Württemberg

Auf der Grundlage der vorherigen Ausführungen, der Aufbereitung des Forschungsstandes und der Ergebnisse der eigenen Erhebungen und Berechnungen werden abschließend für den Bereich der Altenhilfe und Altenpflege in Baden-Württemberg

- eine Einschätzung des quantitativen Bedarfs an nicht-medizinischen akademischen Fachkräften,
- eine Formulierung von Anforderungen für die Qualifikation von nicht-medizinischen akademischen Fachkräften sowie
- eine Ableitung von Maßnahmen für die Gestaltung der verschiedenen Aus- und Weiterbildungssysteme unter Berücksichtigung bereits vorhandener oder geplanter Ansätze in Baden-Württemberg vorgelegt.

8.2.1 Einschätzung des quantitativen Bedarfs

Der Bedarf an nicht-medizinischen akademischen Fachkräften in der Altenhilfe und Altenpflege ist – vorbehaltlich der Qualität der zugrunde liegenden Daten – für verschiedene akademische Berufe quantifizierbar. Die Berechnung folgt der Annahme des Wissenschaftsrates (Wissenschaftsrat 2012), dass in den fraglichen Berufen eine Akademisierungsquote von 10 bis 20 Prozent eines Ausbildungsjahrgangs erreicht werden sollte.

Diese Quote scheint **plausibel, empirisch abgesichert ist sie nicht**; vielmehr handelt es sich um eine Orientierungsgröße, um dem Akademisierungsprozess in diesen Berufen einen Impuls zu geben. Ob diese Akademisierungsquote erreicht werden kann, das heißt kontinuierlich eine entsprechend hohe Zahl von Studienbewerbern zur Verfügung stehen wird, muss ebenso abgewartet werden wie die Entwicklung des Arbeitsmarkts für Akademiker in Gesundheits- und anderen sozialen Berufen.

Die Benennung von Bedarfszahlen vermittelt dagegen einen Eindruck hoher Vorhersagegenauigkeit, die faktisch nicht gegeben ist, weil nicht allein die **Datenbasis unzureichend** ist, sondern vor allem die **Rahmenbedingungen der Beschäftigung** von akademisch qualifiziertem Personal in den betreffenden Arbeitsbereichen **weitgehend ungeklärt** sind. So sind beschäftigungsrelevante Entwicklungen der sozial-, gesundheits- und pflegepolitischen Rahmenbedingungen etwa im Sozialrecht unwägbar. Sollten sich diese beispielsweise im Sinne einer stärkeren Ausrichtung auf präventive und rehabilitative Maßnahmen mit entsprechender Anpassung der Finanzierungsgrundlagen verändern, hätte dies Auswirkungen auf den Einsatz akademisch qualifizierten Personals in Therapie und (aktivierender) Pflege sowie der sozialen Altenarbeit. Gegenwärtig ist für die zeitliche Perspektive bis 2022 jedoch nicht davon auszugehen, dass sich deutliche Verbesserungen der finanziellen Ausstattung einstellen werden, sondern vielmehr eine (Um-)Verteilung der begrenzten Ressourcen erfolgen wird. Das Ausmaß der Finanzierungsmöglichkeiten für den Einsatz nicht-medizinischer akademischer Fachkräfte ist zudem in engem Zusammenhang mit der wirtschaftlichen Entwicklung und gesellschaftlichen Relevanz dieser Versorgungsbereiche sowie der Akzeptanz des Mehrwertes akademischer Fachkräfte zu sehen. Die Interpretation der Bedarfszahlen hat also in einem **experimentellen Sinn** zu erfolgen. Es muss sich zeigen, welches Studienplatzangebot in welchem Umfang dauerhaft angenommen wird, weil es arbeitsmarkt-beziehungsweise arbeitsplatzrelevant ist.



Damit zukünftig valide Aussagen zum akademischen Fachkräftebedarf in der Altenarbeit, -hilfe und Altenpflege in Baden-Württemberg getroffen werden können, sollte ein **Fachkräfte- und Ausbildungsmonitoring** etabliert werden beziehungsweise bereits vorhandene Aktivitäten auf Landesebene unterstützt werden. So sind in Baden-Württemberg bereits unterschiedliche Initiativen zur Sicherung des Fachkräfteangebots zu verzeichnen. Hierzu zählen unter anderem die 2011 ins Leben gerufene „Allianz für Fachkräfte“¹²⁶ sowie das Landesprogramm „Gute und sichere Arbeit“. Grundlage für derartige Initiativen bilden Gutachten oder Monitoringsysteme, die den Personal- und Qualifizierungsbedarf für unterschiedliche Berufe analysieren. In den landesspezifischen Studien wurde der wachsende Personalbedarf in den Gesundheits- und Sozialberufen zwar erkannt und eine Personalbedarfsanalyse in diesem Sektor geplant, bislang aber noch nicht realisiert. Aus diesem Grund wird – unter anderem an die Forderungen des Wissenschaftsrates (2012) zur Etablierung einer differenzierten Bildungsberichterstattung anknüpfend – die Einführung einer regelmäßigen Bestimmung des Personal- und Ausbildungsbedarfs für den Bereich der Altenhilfe und Altenpflege in Form eines „Fachkräfte- und Ausbildungsmonitorings Sozial- und Gesundheitsberufe“ empfohlen. Für die Durchführung sind variable Methoden denkbar. Dabei erscheint die Orientierung an bereits bestehenden Monitoringsystemen sinnvoll. Diese lassen sich zum einen in allgemeine und gesundheits-/pflegebezogene Monitoringsysteme unterscheiden, zum anderen kann hinsichtlich der Erhebungsmethode¹²⁷ differenziert werden. Für die Umsetzung eines Fachkräfte- und Ausbildungsmonitorings sind – neben der Sicherstellung ihrer politischen Befürwortung und Unterstützung – im Vorfeld folgende grundlegende Überlegungen anzustellen:

156

- Welche (akademischen) Berufe sind relevant? (z. B. Einbezug nicht-medizinischer akademischer Sozial-, Pflege- und Gesundheitsberufe)
- Welche Daten sollen erfasst werden: Rückbezug auf bestehende Daten oder eigene Erhebung?
- Mit welcher Methode und in welcher Regelmäßigkeit und Zuständigkeit werden Daten erhoben?
- Welcher Differenzierungsgrad, zum Beispiel mit Blick auf die sozialräumliche Ebene, soll angestrebt werden?
- Welche organisatorische Anbindung ist für die Durchführung der Erhebungen denkbar?
- Welche finanziellen Rahmenbedingungen stehen zur Verfügung?

Es ist anzunehmen, dass die Bestimmung und Erhebung relevanter Berufe durch die Einführung der neuen und umfangreicheren Klassifikation der Berufe¹²⁸ zumindest vereinfacht wird (vgl. NIW 2011). Ob diese tatsächlich alle relevanten Berufe umfasst, ist gegebenenfalls mit

¹²⁶ Die Gründung der Allianz für Fachkräfte soll zur Sicherung des Fachkräftebedarfs in der Wirtschaft beitragen. Zu diesem Zweck formulieren die Allianzpartner (bestehend aus Vertretern von Wirtschaftsorganisationen, Gewerkschaften, der Regionaldirektion der Bundesagentur für Arbeit, den kommunalen Spitzenverbänden, den regionalen Wirtschaftsfördergesellschaften, des Landesfrauenrats und des Landes) zehn Ziele: Stärkung beruflicher Ausbildung, Ausbau der beruflichen Weiterbildung, Steigerung der Beschäftigung von Frauen, Migranten sowie älteren Menschen, Abbau von Arbeitslosigkeit, Erhöhung der Vollzeitbeschäftigung, Steigerung der Beschäftigtenzahl im Mangelberuf Ingenieurwesen, gezielte Zuwanderung, Gründung regionaler Fachkräfteallianzen (Allianz für Fachkräfte 2011).

¹²⁷ Eigene Erhebungen im Bereich der Gesundheits- und Pflegeberufe liefern beispielsweise Bieräugel et al (2012) oder Knäpple & Meier 2004. Berechnungen anhand bestehender Statistiken liefern das NIW 2011 sowie Afentakis & Maier 2010.

¹²⁸ In dieser werden „sämtliche Berufsordnungen (3-Steller) der Berufsgruppe 81 („Medizinische Gesundheitsberufe“) sowie der Berufsgruppe 82 („Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege und Wellnessberufe, Medizintechnik“) ohne 823 (Körperpflege) und 824 (Bestattungswesen) zu den Gesundheits- und Pflegeberufen zählen. Ein weiterer Vorteil der neuen Berufsklassifikation besteht darin, dass sie gleichermaßen in den beiden für die Arbeitsmarktanalyse zentralen Erhebungen, dem Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes [...] sowie der Beschäftigtenstatistik, zur Anwendung kommt“ (DIW 2011, 27).



den Einrichtungsträgern und Leistungserbringern entsprechender Berufsfelder abzustimmen. Diese können und sollten – im Rahmen eigener Erhebungen – zur Bestimmung des Personal- und Ausbildungsbedarfs maßgeblich beitragen. Für die Altenhilfe und Altenpflege erscheint es dabei empfehlenswert, nicht-medizinische akademische Fachkräften, wie sie in der vorliegenden Arbeit definiert werden, zu berücksichtigen, das heißt gleichermaßen die Sozialen Berufe (einschließlich gerontologischer (Zusatz-)Qualifikationen) sowie die Pflege- und Gesundheitsberufe in den Blick zu nehmen.

Entwicklungsperspektiven

- Fortsetzung und Unterstützung der Diskussion zum akademischen Ausbildungsbedarf in der Altenhilfe und Altenpflege sowie zur Gestaltung der dafür beschäftigungsrelevanten Rahmenbedingungen auf Landesebene unter Einbezug der kommunalen Spitzenverbände, der Wohlfahrtsverbände, der Berufsverbände, der Arbeitsagentur, der Hochschulen sowie der zuständigen Landesministerien.
- Unterstützung der Bemühungen auf Landesebene zur Etablierung eines Ausbildungs- und Fachkräftemonitorings unter Berücksichtigung akademischer Sozial- und Gesundheitsberufe, mit dem Ziel,
 - einen Überblick zu verfügbaren Absolventen mit (neuen) nicht-medizinischen akademischen Qualifikationen regelmäßig bereitzustellen,
 - potenzielle Anstellungsträger für die Einstellung von Fachkräften mit (neuen) nicht-medizinischen akademischen Qualifikationen zu sensibilisieren und zur Erstellung beziehungsweise Anpassung von Anforderungsprofilen und Stellenbeschreibungen anzuregen und sie dabei zu unterstützen.

157

8.2.2 Formulierung von Qualifikationsanforderungen

Mit demografischen, sozialen, epidemiologischen sowie (senioren-)politischen Veränderungen gehen eine Neuausrichtung der kommunalen Altenarbeit und Altenpolitik sowie eine Verortung von (Alten-)Pflege in der gesundheitlichen Versorgung einher, wobei für beide Bereiche die Anpassung an eine insgesamt alternde Gesellschaft handlungsleitend ist. Dies zieht neben einer konzeptionellen Neuausrichtung der Versorgungsbereiche auch eine Umgestaltung der Sozialen Dienste und Einrichtungen nach sich. Angebots- und versorgungsstrukturelle Änderungen tragen zudem zu einem Wandel der Arbeitswelt bei, der auch eine darauf abgestimmte Anpassung der Qualifikation der dort Beschäftigten erfordert.

Auf der Grundlage der Literaturanalyse und unter Berücksichtigung der Ergebnisse der eigenen Erhebungen wurden – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – **(neue) Qualifikationsanforderungen für nicht-medizinische akademische Fachkräfte** für folgende Bereiche abgeleitet:

- Anforderungen, die sich aufgrund einer „doppelten Orientierung“ kommunaler Altenpolitik und -arbeit auf die Umsetzung (neuer) kommunaler Gestaltungsaufgaben beziehen,
- Anforderungen, die sich für den operativen Handlungsbereich von Altenhilfe und Altenpflege und den direkten Kontakt mit der älteren Zielgruppe und ihren Angehörigen ergeben und



- Anforderungen, die sich infolge der (Neu-)Gestaltung von Versorgungsstrukturen und einer dementsprechenden Anpassung arbeitsorganisatorischer Prozesse abzeichnen.

In der übergreifenden Betrachtung können Überschneidungen für einzelne Kompetenzen festgestellt werden; neben Beratungskompetenzen sind pädagogische, kommunikative und koordinierende Kompetenzen von Bedeutung. Außerdem beziehen sich zukünftige Qualifikationsanforderungen auf die Fähigkeit zur Entwicklung und Anpassung von nutzerorientierten, (kommunalen) Angeboten und Konzepten. Des Weiteren ist eine bereichsübergreifende (u. a. intra-/interkommunale, zwischen Versorgungsbereichen) sowie eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zukünftig unerlässlich.

Für die weitere Diskussion der Qualifikationsanforderungen für nicht-medizinische akademische Fachkräfte ist die **Einbindung der aktuellen Entwicklungen von „Qualifikationsrahmen“** von Bedeutung. Dem Beispiel des „Entwurfs des Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen“ (Knigge-Demal et al. 2011) folgend können anhand von Qualifikationsanforderungen **Kompetenzprofile** abgeleitet werden, die zum einen eine **Anpassung der Ausbildungsstrukturen und -inhalte** ermöglichen und zum anderen zu mehr **Transparenz auf dem Arbeitsmarkt und bei den Anstellungsträgern** führen können. Eine fachliche Auseinandersetzung darüber sollte unter Einbezug aller relevanten Akteure, insbesondere im Rahmen eines kontinuierlichen Austausches zwischen Hochschulen und Anstellungsträgern, wie er beispielsweise in der LAG der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege Baden-Württemberg und dem Arbeitskreis der Rektoren und Dekane der Studiengänge im Sozial- und Gesundheitswesen an den Hochschulen angelegt ist, erfolgen.

158

Außerdem ist eine weitere Sensibilisierung der Anstellungsträger für die Einstellung von nicht-medizinischen akademischen Fachkräften erforderlich; von Bedeutung ist es, nicht nur transparente Informationen bereitzustellen, sondern auch **den Nutzen des Einsatzes nicht-medizinischer akademischer Fachkräfte** zu diskutieren. Neben der Unterstützung von entsprechenden Forschungsarbeiten kommt diesbezüglich – insbesondere für die kommunale Ebene – der Beschreibung und Verbreitung von Beispielen guter Praxis Bedeutung zu, um die Umsetzung von alter(n)s-/demografiesensiblen Personalentwicklungskonzepten in Kommunalverwaltungen sowie in Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe und Altenpflege zu fördern. Schwerpunkte bilden zum einen gerontologische (Weiter-)Qualifizierungsangebote für das kommunale Personal, das mit Planungs-, Gestaltungs-, Koordinations- und Beratungsaufgaben befasst ist; zum anderen hochschulische Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten (einschließlich einer Qualifizierung zu alter(n)srelevanten Themen) für die Beschäftigten in den Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe und Altenpflege.

Welche Qualifikationen im Einzelnen in Kommunen, Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe und Altenpflege erforderlich sind, kann nur unter Beteiligung relevanter Akteure vor Ort sowie unter Berücksichtigung der jeweiligen regionalen Gegebenheiten und der organisatorischen, institutionellen Rahmenbedingungen ermittelt werden, wobei im Idealfall auf Ergebnisse einer **regionalen Altersstrukturanalyse** (inklusive eines regionalen Fachkräftemonitorings) zurückgegriffen werden sollte.



Für die Durchführung regionaler Altersstrukturanalysen bestehen gegenwärtig keine verbindlichen Vorgaben oder eine regelhafte Einbindung in eine (kommunale) Politikstrategie. Insofern ist zu diskutieren, welche strukturellen und (kommunal-)politischen Voraussetzungen für deren Umsetzung in Baden-Württemberg gegenwärtig bestehen. Perspektivisch erscheint die Entwicklung eines umfassenden **kommunalen „Demografiemanagements“** empfehlenswert, wobei unter Berücksichtigung bestehender Ansätze und Erfahrungen in Baden-Württemberg (z. B. Programme und Maßnahmen der Landesministerien unter Einbezug unterschiedlicher föderaler Ebenen und in Zuständigkeit unterschiedlicher Politikbereiche, vgl. Kap. 5.2) für eine weitere Konzeptualisierung unter anderem Folgendes zu klären wäre:

- Welche inhaltlichen Schwerpunkte werden in der (kommunalen) Demografiepolitik gesetzt? Welche Themenbereiche und Zielgruppen sind relevant?
- Welche Form der Institutionalisierung von Demografiepolitik wird in den Kommunen gewählt?
- Welche Umsetzungsschritte sind in den Kommunen erforderlich (z. B. Analyse der Ausgangssituation, Entwicklung und Umsetzung (eines regionalen/lokalen) Planungs- und Handlungskonzeptes)?
- Welche Unterstützungsmöglichkeiten können seitens der Landesebene für Kommunen bereit gestellt werden (z. B. landesweiter Demografiepolitikansatz, landesweite Sozialberichterstattung, Unterstützung der Entwicklung kommunaler alter(n)s-/demografiesensibler Strategien durch spezifische Analyse- und Organisationsentwicklungsangebote, Fort- und Weiterbildungen, interkommunaler Austausch)?
- Welche finanziellen Rahmenbedingungen stehen dafür zur Verfügung?

Entwicklungsperspektiven

- Fortsetzung der Diskussion von Qualifikationsanforderungen für nicht-medizinische akademische Fachkräfte unter Einbezug der kommunalen Spitzenverbände, der Wohlfahrtsverbände, der Berufsverbände, der Arbeitsagentur, der Hochschulen sowie der zuständigen Landesministerien mit dem Ziel,
 - unter Berücksichtigung berufspraktischer Anforderungen und der aktuellen Entwicklung von „Qualifikationsrahmen“ (EQR, DQR, FQR) gemeinsam Kompetenzprofile abzuleiten, die dazu beitragen können,
 - mehr Transparenz auf dem Arbeitsmarkt und bei Anstellungsträgern herzustellen und
 - Ausbildungsstrukturen und -inhalte anzupassen.
- Förderung der Umsetzung von alter(n)s-/demografiesensiblen Personalentwicklungskonzepten in Kommunalverwaltungen (inkl. gerontologischer (Weiter-)Qualifizierung des Personals mit Planungs-, Gestaltungs-, Koordinations- und Beratungsaufgaben) sowie Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe und Altenpflege unter Berücksichtigung der zuvor dargelegten Qualifikationsanforderungen.
 - Förderung der Verbreitung guter Praxisbeispiele, die den Nutzen von kommunalen alter(n)s-/demografiesensiblen Personalentwicklungskonzepten beschreiben.



- Entwicklung eines umfassenden (kommunalen) „Demografiemanagements“
 - Unterstützung von Kommunen bei der Initiierung und Durchführung von alter(n)s-/demografiesensiblen (Um-)Gestaltungsprozessen, die zur Anpassung der kommunalen Altenpolitik, (sozialen) Altenarbeit und Altenpflege an die Anforderungen einer insgesamt alternden Gesellschaft beitragen (z. B. durch landesweite Fachveranstaltungen, Initiierung und Förderung des interkommunalen Austauschs, Bereitstellung von Qualifizierungsangeboten).
 - Förderung und Verbreitung von Analyse- und Monitoringinstrumenten wie Instrumenten der kommunalen Alten-, Sozial- oder Demografieberichterstattung (z. B. durch landesweite Fachveranstaltungen, Initiierung und Förderung des interkommunalen Austauschs, Bereitstellung von Qualifizierungsangeboten) als mögliche Grundlage für
 - eine bedarfsorientierte Weiterentwicklung lokaler Dienste und Einrichtungen für das Alter(n), eine Verständigung über den dafür erforderlichen Personal- und Qualifizierungsbedarf.

8.3.3 Ableitung von Maßnahmen für die Gestaltung der Aus- und Weiterbildungssysteme

160 Aufgrund des Bologna-Prozesses kam es in den vergangenen Jahren zu Umstrukturierungen in der deutschen Hochschullandschaft. Es bestehen vielfältige Studiemöglichkeiten mit unterschiedlichen Abschlüssen, die es gerade für Praxisexperten schwierig erscheinen lassen, die Übersicht zu bewahren. Die Einführung von fachspezifischen Qualifikationsrahmen und die Übertragung von europäischen Anforderungen auf das deutsche System sind derzeit noch nicht abgeschlossen. Dies bedarf weiterer Anstrengungen, um ein einheitliches System zu schaffen, welches eine vereinfachte Zuordnung von Qualifikationen ermöglicht. Auf diese Weise kann der Heterogenität und Vielfalt der bestehenden Aus-, Fort- und Weiterbildungssysteme begegnet und eine höhere Transparenz und Vergleichbarkeit der Abschlüsse geschaffen werden. Für den Beschäftigungsbereich resultiert hieraus die Möglichkeit einer klareren Aufgabenverteilung, für den Bereich der Bildung eine verbesserte Durchlässigkeit und damit ein erleichterter Zugang zu (hochschulischen) Weiterbildungsmöglichkeiten.

Die Hochschullandschaft in Baden-Württemberg bietet viele Möglichkeiten¹²⁹, sich im Sozial- und Gesundheitswesen (weiter) zu qualifizieren. Die Vielzahl und Verschiedenartigkeit der Ausbildungsvarianten verhindert eine schnelle Übersicht über das Gesamtsystem. Deshalb ist es für die Studierenden schwierig, in kurzen Zeitspannen das passende Angebot für ihr persönliches Ausbildungsziel zu finden. Auch die Arbeitgeber können nicht einschätzen, welche Kompetenzen beispielsweise im Rahmen eines pflegewissenschaftlichen Studiums vermittelt werden. Diese Diskrepanz sowie die bislang ungesicherten finanziellen Rahmenbedingungen stellen wesentliche Begrenzungen für die Ausgestaltung und Bereitstellung von Beschäftigungsangeboten dar. Da die Entwicklung vieler Studienangebote in Baden-

¹²⁹ Die hier vorliegende qualitative Pilotstudie ermöglicht einen ersten Einblick in die akademischen Ausbildungsmöglichkeiten für nicht-medizinische Fachkräfte in Baden-Württemberg, bildet jedoch nicht das gesamte Spektrum einschlägiger Studiengänge ab. Rückschlüsse auf die Quantität der Studienangebote im Bundesland Baden-Württemberg, die für das Berufs- und Handlungsfeld der Altenhilfe und Altenpflege qualifizieren, sind aufgrund des qualitativen Forschungsdesigns nicht zu treffen. Auch die Ableitung von regionalen Studienschwerpunkten ist nur begrenzt möglich. Für eine umfassende Übersicht ist eine quantitative Erhebung notwendig.



Württemberg erst kürzlich abgeschlossen wurde, liegen bisher noch keine Daten zum Verbleib der Absolventen vor.

Zukünftig könnte ein Beitrag zu mehr **Transparenz** durch die Nachverfolgung ehemaliger Absolventen im Rahmen **systematischer Verbleibsstudien**, die die beruflichen Chancen und den Einstieg in den Arbeitsmarkt verfolgen, erzielt werden. Auf diese Weise können auch weitere Variablen, die für die zukünftige **Hochschulentwicklung** von Bedeutung sind, regelmäßig erfasst und analysiert werden (z. B. Anzahl der Studierenden, die sich für ein Studium, das für die Berufsfelder Altenhilfe und Altenpflege qualifiziert, entscheiden; Charakterisierung der Tätigkeiten, die die Absolventen in der Praxis übernehmen).

Die zukünftigen **inhaltlichen Schwerpunktsetzungen** in den Studiengängen ergeben sich häufig auch aus dem Praxisbedarf. Für die Qualifizierung nicht-medizinischer akademischer Fachkräfte ist eine dementsprechende Anpassung der Studieninhalte und grundsätzlich eine kontinuierliche Abstimmung zwischen fachlich-konzeptionellen Anforderungen und Erfordernissen aus der jeweiligen Berufspraxis bedeutsam. Hier sollte ein enger und kontinuierlicher **Austausch zwischen den Hochschuleinrichtungen und den Praxiseinrichtungen** gefördert werden. Grundsätzlich wird aus Sicht der befragten Experten Bedarf für eine wechselseitige Informationspflicht gesehen. Einerseits sind die Hochschulen als Ausbildungsträger aufgefordert, potenzielle Arbeitgeber zu informieren und gegebenenfalls vorhandene Vorbehalte bezüglich der Kompetenzen der Absolventen (neuer) Studiengänge abzubauen; andererseits sollten auch Anstellungsträger dazu beitragen, das Arbeitsfeld für die Hochschulen und Studierenden beispielsweise durch Praktikumsmöglichkeiten zu öffnen und dieses somit bekannter und attraktiver zu machen.

161

Aufgrund der vielfältigen und zum Teil differenten Entwicklungstendenzen, die sich derzeit in den Gesundheits- und Sozialberufen vollziehen, besteht ein bedeutsamer Orientierungs- und Anknüpfungspunkt für den Austausch zwischen den Hochschulen und der Praxis darin, die Entwicklungen der **(fachspezifischen) Qualifikationsrahmen** einzubeziehen. Vorteilhaft erweist sich dabei, dass die in der Praxis benötigten Kompetenzen und Qualifikationen in den Qualifikationsrahmen zugrunde gelegt werden und somit als Grundlage für die Ausrichtung von Lerninhalten und Curricula an den Praxisanforderungen der jeweiligen Beschäftigungsbereiche genutzt werden können. Hochschulen können somit gezielt auf die tatsächlichen Qualifikationsbedarfe reagieren und Studierende entsprechend ausbilden (vgl. hierzu auch Kap.4.3). Aber auch Praxiseinrichtungen können sich bei der Formulierung von Stellenanzeigen an den Kompetenzprofilen der Qualifikationsrahmen orientieren und somit gezielt geeignete Bewerber ansprechen. Im Gegenzug können Absolventen zu ihrem Qualifikationsprofil passende Stellen leichter identifizieren. Die Berufsbezeichnung spielt eine nachgeordnete Rolle.

Auffallend ist, dass innerhalb des hier in den Blick genommenen Studienangebots in Baden-Württemberg nur sehr wenige Studiengänge existieren, die speziell für die Handlungsfelder der Altenhilfe und Altenpflege vorbereiten. Die meisten (Bachelor-)Studiengänge sind generalistisch angelegt, das heißt, die Absolventen können unter anderem in Altenhilfe und Altenpflege tätig sein, sind jedoch aufgrund der breiten Ausrichtung der Studiengänge auch für andere Berufsfelder qualifiziert. Grundsätzlich ist eine generalistische Ausbildung im Ba-



chelor-Studium, wie sie in den Bologna-Reformen angelegt ist, positiv zu bewerten – dies wurde auch in den Gesprächen mit Praxisvertretern deutlich.

Aufgrund der „**Gerontologisierung**“ der praktischen Handlungsfelder Sozialer Altenarbeit – ebenso wie in den gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungsbereichen – erscheint es jedoch zukünftig für die Vorbereitung der Studierenden auf die berufliche Praxis unerlässlich, bereits im Bachelorstudium die gesamte Lebensspanne – einschließlich der Lebensphase Alter – zumindest im Sinne einer verpflichtenden Einführung zu betrachten. Auf diese Weise könnte auch dem in der Literatur als gering beschriebenen Interesse Studierender begegnet und eine Sensibilisierung für alter(n)s- und demografiebezogene Themen initiiert werden. Weitere Spezialisierungen sollten dann in einschlägigen Masterstudiengängen mit Bezug zum Alter(n) möglich sein.

Baden-Württemberg zeichnet sich zudem besonders durch das Modell der Dualen Hochschulen aus, das auf die Integration von praktischen Ausbildungsphasen in ein Hochschulstudium gerichtet ist. Da sich insbesondere in der Dualen Hochschulausbildung zunehmend ein Mangel an Bewerbungen und hier insbesondere aus Praxiseinrichtungen der Altenpflege abzeichnet, kommt dem **Ausbau des Hochschul- und Einrichtungsmarketings** Bedeutung zu, um die Attraktivität der dualen Ausbildung zu fördern. Aus Sicht der Praxispartner ist es zudem notwendig, die weiteren Karrierechancen deutlich darzustellen. Da für die Dienste und Einrichtungen Praxiserfahrungen von Bedeutung sind, werden duale Studiengänge sowie berufs begleitende Weiterbildungsstudiengänge favorisiert.

162

In der Auseinandersetzung um Qualifikationsanforderungen werden gegenwärtig – auch im Kontext der Entwicklung von Qualifikationsrahmen – Maßnahmen diskutiert und erprobt, die zur **Durchlässigkeit zwischen verschiedenen Bildungssystemen** beitragen können (z. B. die einheitliche Regelung und Vereinfachung der Anrechenbarkeit bereits erworbener Kompetenzen). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Bemühungen um eine Verbesserung der Durchlässigkeit durch Anrechnung von Lernergebnissen kontrovers diskutiert werden. Insbesondere bezüglich der Äquivalenz informell erworbener Kompetenzen wird die Befürchtung eines Werteverlusts formaler (akademischer) Abschlüsse formuliert. Hier bedarf es einheitlicher Regelungen, die die Gleichwertigkeit trotz fehlender Gleichartigkeit unterschiedlich erworbener Kompetenzen garantieren und somit die Äquivalenzbestimmung für Bildungsanbieter, Arbeitgeber und Arbeitnehmer transparent gestalten.

Besonders deutlich werden Einschränkungen der Durchlässigkeit bislang im Bereich der Altenpflege, weil die Auszubildenden sowie die examinierten Altenpfleger häufig die Zugangsvoraussetzungen für ein Studium nicht erfüllen. Für die bereits tätigen Mitarbeiter, die sich zukünftig weiter entwickeln möchten, sind niedrighschwellige Angebote zu entwickeln, die bei fehlender Hochschulzugangsberechtigung die Aufnahme eines Studiums beispielsweise durch die Anerkennung von Ausbildungs- und Berufstätigkeitszeiten und Eignungsprüfungen ermöglichen (vgl. „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege 2012-2015“ Kap. 4.2.2).

Zu diesem Zweck bietet sich beispielsweise der Einsatz individueller Anrechnungsverfahren, wie die in den Niederlanden oder Großbritannien übliche Portfolio-Methode, an (vgl. Kap. 4.3.2). In Baden-Württemberg bestehen bereits gezielte Maßnahmen und Modellprojekte, die auf die Verbesserung der Durchlässigkeit speziell für Studieninteressenten mit bereits abge-

schlossener Berufsausbildung gerichtet sind (vgl. Kap. 5.2). Da diese Studiengänge erst in den letzten zwei Jahren eingerichtet wurden, liegen diesbezüglich noch keine systematischen Erfahrungen vor. Dass aus Sicht der (Pflege-)Praxis die Berufs- und Leitungserfahrung als bedeutsame Qualifikationsanforderung für akademische Fachkräfte benannt wurde, spricht dafür, diese Studienmodelle mit Weiterbildungscharakter weiterzuverfolgen.

Entwicklungsperspektiven

- Verbesserung der Transparenz der Studienangebote, die in Baden-Württemberg für die Altenhilfe und Altenpflege qualifizieren:
 - Erstellung einer transparenten und umfassenden Gesamtübersicht der Studienangebote, die in Baden-Württemberg für die Altenhilfe und Altenpflege qualifizieren auf der Grundlage einer quantitativen Erfassung einschlägiger, nicht-medizinischer Studiengänge,
 - Förderung der Durchführung von systematischen Verbleibsstudien und regelmäßige Bereitstellung und Verbreitung der Ergebnisse für potenzielle Studieninteressenten und Anstellungsträger.
- Förderung eines kontinuierlichen Austauschs zwischen Hochschulen und Praxiseinrichtungen unter Einbezug der Entwicklungen der Qualifikationsrahmen:
 - Unterstützung von und Beteiligung an den auf Bundesebene bereits angestoßenen Prozessen zur Entwicklung fachspezifischer Qualifikationsrahmen (FQR) beziehungsweise zur Umsetzung des DQR in den Feldern der Sozial-, Pflege- und Gesundheitsberufe,
 - Unterstützung des Theorie-Praxis-Transfers der diesbezüglich bereits gewonnenen Erkenntnisse auf Landesebene,
 - Entwicklung bedarfsgerechter Curricula,
 - Erarbeitung „kompatibler“ Stellenausschreibungen, die die im Studium erworbenen Kompetenzen der Absolventen berücksichtigen.
- Berücksichtigung der demografischen Entwicklungen im Allgemeinen und der „Gerontologisierung“ der praktischen Handlungsfelder in den vorwiegend generalistisch ausgerichteten Bachelorstudienangeboten:
 - verpflichtende, einführende Betrachtung der Gesamtheit der Lebensspanne, einschließlich der Lebensphase Alter.
- Förderung und Sicherstellung von Spezialisierungsmöglichkeiten durch einschlägige Masterstudiengänge mit Bezug zum Alter(n).
- Förderung dualer Studienangebote durch Ausbau des Hochschul- und Einrichtungsmarketings, mit dem Ziel die Attraktivität der dualen Ausbildung zu steigern und Karrierechancen in der Praxis aufzuzeigen.
- Unterstützung und Fortsetzung von Maßnahmen und Projekten zur Verbesserung der Durchlässigkeit zwischen verschiedenen Bildungsbereichen:
 - Förderung und Unterstützung der Entwicklung standardisierter Anrechnungsverfahren unter Einbezug von Bildungsanbietern, Vertretern der Berufsverbände und der Arbeitnehmer sowie der Landesministerien
 - Ausstattung der Hochschulen mit Ressourcen, um individuelle Anrechnungsverfahren zu fördern und an den Standards pauschaler Verfahren auszurichten.



9 Literaturverzeichnis

Afentakis, A. & Maier, T. (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. In Statistisches Bundesamt (Hrsg.), *Wirtschaft und Statistik 11/2010*, 990-1002.

Allianz für Fachkräfte. (2012): *Vereinbarung einer Allianz für Fachkräfte Baden-Württemberg*. Stuttgart: Ministerium für Finanzen und Wirtschaft. Online verfügbar unter (02/2013) <http://www.mfw.baden-wuerttemberg.de/fm7/1106/Fachkraefteneu.pdf>

Adler, G. & v. d. Knesebeck, J.-H. (2010): Gesundheitsfachberufe. Auf akademischen Wegen. *Deutsches Ärzteblatt*, 107, 9, A, 386-390.

Aner, K. (2010): Soziale Altenhilfe als Aufgabe Sozialer Arbeit. In K. Aner & U. Karl (Hrsg.). *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. (S. 33-50). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage.

Arbeitsgemeinschaft der Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (AG MTG). (2012): *Zuordnung der Gesundheitsfachberufe im DQR*. Köln: Arbeitsgemeinschaft der Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (AG MTG). Online verfügbar unter (02/2013) http://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=file_admin/user_upload/pdf/Bildungspolitik/2012-3_Stellungnahme_Zuordnung_der_Gesundheitsfachberufe_im_DQR.pdf&t=1360159741&hash=ccd19e73595356e7a149a05652dcdaee57da6efd

164

Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung (AfA) (Hrsg.). (2011a): *Innovative Projekte in Altenarbeit und Altenhilfe*. Mosbach 18. Juli 2011. Online verfügbar unter (07/2012) www.afa-sozialplanung.de/index.php/downloads.html?file=tl_files/afa/dokumente/3_Fachtagungen_BW_2011/KurzdokuMosbach.pdf

Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung (AfA) (Hrsg.). (2011b): *Innovative Projekte in Altenarbeit und Altenhilfe*. Villingen-Schwenningen 5. Oktober 2011. Online verfügbar unter (07/2012) www.afa-sozialplanung.de/index.php/downloads.html?file=tl_files/afa/dokumente/3_Fachtagungen_BW_2011/Fachkonferenz%20Baden-Wuerttemberg2011/Vortaege%20Villingen-Schwenningen/KurzdokuVillingen_Schwenningen.pdf

Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung (AfA) (Hrsg.). (2011c): *Innovative Projekte in Altenarbeit und Altenhilfe 2011*. Biberach 1. Dezember 2011. Online verfügbar unter (07/2012) www.afa-sozialplanung.de/index.php/downloads.html?file=tl_files/afa/dokumente/3_Fachtagungen_BW_2011/Fachkonferenz%20Baden-Wuerttemberg2011/Vortraege%20Biberach/Kurzdokumentation_Fachkonferenz%20Biberach.pdf

Arbeitsgruppen zur Einbeziehung nicht-formal und informell erworbener Kompetenzen in den DQR (AG DQR). (2011): *Empfehlungen der Arbeitsgruppen zur Einbeziehung nicht-formal und informell erworbener Kompetenzen in den DQR*. Online verfügbar unter (02/2013) <http://www.deutscherqualifikationsrahmen.de/de/?t=/documentManager/sfdoc.file.detail&fileID=1348521739557>



Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (AK DQR). (2011): *Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen*. Online verfügbar unter (02/2013) www.deutscherqualifikationsrahmen.de/de?t=/documentManager/sfdoc.file.supply&s=5Dejdb4wF5ElleL1N&fileID=1347453494007

Backes, G. M., Klie, T. & Lasch, V. (2007): Stand der Entwicklung der gerontologischen Studienangebote. Bolognaprozess, Profile und Besonderheiten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40 (6), 403–416.

Bäcker, G., Bispinck, R., Hofemann, K. & Naegele, G. (Hrsg.). (2010): *Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland*. Bd. 2. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Barth, C. & Olbermann E. (2012): Wohnen im Alter. Potenziale einer nachhaltigen Quartierentwicklung für die Lebensqualität älterer Menschen. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 2012, 4, 138–140.

Bense, O. (2013): Der Übergang vom Studium in die erste Berufstätigkeit. In M. Moch, T. Meyer & O. Bense, (Hrsg.), *Berufseinstieg in die Soziale Arbeit* (S. 100-115). Ibbenbüren: Klaus Münstermann Verlag.

Berkman, B. & D'Ambruso, S. (2006): *Handbook of social work in health and aging*. Oxford/New York: Oxford University Press.

165

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). (2006): *Wegweiser demographischer Wandel 2020*. Analysen und Handlungskonzepte für Städte und Gemeinden. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). (2011): *Sozialplanung für Senioren 1. Das Instrument*. Online verfügbar unter (06/2012) www.sozialplanung-senioren.de/uploads/tx_jdownloads/SfS_Teil1_Instrument_ik2_onlineversion_02.doc

Bertermann, B., Franke, A. & Naegele, G. (2010): *Evaluation des berufsbegleitenden Weiterbildungsstudiengangs Soziale Gerontologie (bWSG)*. Dortmund: Lehrstuhl für Soziale Gerontologie, Institut für Soziologie, Fakultät 12, Technische Universität Dortmund.

Bethke, B. (2000): Perspektiven der Pflege und Pflegewissenschaft. In W. Neumann & S. Ilsabe (Hrsg.), *Pflege- und gesundheitswissenschaftliche Hochschulausbildung. Machbarkeit und Steuerung von Synergien zwischen schulischer und akademischer Ausbildung* (S.43-49). Beiträge im Rahmen der Fachtagung sowie des Hearings am 09./10. Dezember 1999 veranstaltet von Fachhochschule Neubrandenburg, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit, Studiengang Pflege und Gesundheit. Neubrandenburg: Fachhochschule Neubrandenburg.

Beushausen, U. & Walther W. (2010): Clinical Reasoning in der Logopädie. *Forum Logopädie* (4, 24), 30–37.



Bieräugel, R., Demireva, L., Larsen, C., Lauxen, O., Metzenrath, A. & Papke, J. (2012a): Branchenmonitoring Gesundheits- fachberufe Rheinland-Pfalz - Ergebnisse aus dem Landesleitprojekt „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“. Frankfurt a.M.: Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK). Online verfügbar unter (02/2013) http://www.iwak-frankfurt.de/documents/BadP_Branchenmonitoring.pdf

Bieräugel, R., Demireva, L., Larsen, Ch., Lauxen, O., Metzenrath, A. & Papke, J. (2012b): Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen - Ergebnisse aus dem Landesleitprojekt „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“. Frankfurt a.M.: Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK). Online verfügbar unter (02/2013) http://www.iwak-frankfurt.de/documents/BadP_Gutachten.pdf

Blinkert, B. & Klie, T. (1999): Pflege im sozialen Wandel: eine Untersuchung über die Situation von häuslich versorgten Pflegebedürftigen nach Einführung der Pflegeversicherung. Hannover: Vincentz.

Blinkert, B. & Klie, T. (2001): Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050. Expertise im Auftrag der Enquête-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages. Online verfügbar unter (12/2012) http://www2.soziologie.uni-freiburg.de/fifas/all/pdf/Expertise_Bundestag.pdf

166

Boeßenecker, K. H. (2008): Soziale Berufe. In Maelicke, B. (Hrsg.), *Lexikon der Sozialwirtschaft* (S.30-34). Baden-Baden: Nomos.

Bögemann-Großheim, E. (2004): Zum Verhältnis von Akademisierung, Professionalisierung und Ausbildung im Kontext der Weiterentwicklung pflegerischer Berufskompetenz in Deutschland. *PFLEGE & GESELLSCHAFT*, 9 (3), 100-107.

Böhm, K., Tesch-Römer, C. & Ziese, T. (Hrsg.). (2009): *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Berlin: Robert Koch-Institut.

Bogumil, J., Gerber, S. & Schickentanz, M. (2013): Handlungsmöglichkeiten kommunaler Demografiepolitik. In M. Hüther & G. Naegele (Hrsg.), *Demografiepolitik - Herausforderungen und Handlungsfelder*. Wiesbaden: Springer Verlag.

Boguth, K. (2011): Am Bett und in der Uni. *Heilberufe 11*, 59–60. Online verfügbar unter (01/2012) <http://www.springerlink.com/content/h28pr38160214j24/fulltext.pdf>

Bollinger, H. & Grewe, A. (2002): Die akademisierte Pflege in Deutschland zu Beginn des 21. Jahrhunderts - Entwicklungsbarrieren und Entwicklungspfade. In M. Herrmann (Hrsg.), *Jahrbuch für Kritische Medizin*. Online verfügbar unter (04/2012) http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/?page_id=7

Brandenburg, H. (2005): Die Zukunft von Alten- und Pflegeheimen. Erster Teil: Entwicklungen aus pflegewissenschaftlicher und gerontologischer Sicht. *Pflege aktuell 59* (4), 205–210.



Bundesagentur für Arbeit (2011): Arbeitsmarkt 2010. Amtliche Nachrichten der Bundesagentur für Arbeit 58 Jg. Sondernummer 2. Nürnberg.

Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB). (2011): Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2011. Informationen und Analysen zur Entwicklung der beruflichen Bildung. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). (2009): Die Einführung eines Nationalen Qualifikationsrahmens in Deutschland (DQR) – Untersuchung der Möglichkeiten für den Bereich des formalen Lernens. Band 2 der Reihe Berufsbildungsforschung. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). (2010): *Bund-Länder-Wettbewerb "Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen"* — *Offene Hochschulen*. Online verfügbar unter (10/2012) <http://www.wettbewerb-offene-hochschulen-bmbf.de/startseite>

Bundesministerium des Innern (BMI) (2012): Jedes Alter zählt. Demografiestrategie der Bundesregierung. Online verfügbar unter http://www.demografiestrategie.de/SharedDocs/Downloads/DE/Themen/Politik_Gesellschaft/DemographEntwicklung/demografiestrategie.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt aktualisiert am 15.05.2012, zuletzt geprüft am 19.02.2013.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). (2011): Richtlinie zur Förderung von Maßnahmen für den Übergang von der beruflichen in die hochschulische Bildung vom 18. April 2011, *Bundesanzeiger*, 71, 1682-1683.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.) (2012): *Durchlässigkeit und Transparenz fördern. DECVET – Ein Reformansatz in der beruflichen Bildung*. Köln: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) Referat Grundsatzfragen der beruflichen Aus- und Weiterbildung.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). (2012): Liste der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Europäischen Jahr 2012 geförderten Projekte. Anhang zum nationalen Arbeitsprogramm. Online verfügbar unter (02/2013) <http://www.ej2012.de/projekte.html>

Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe. (2012): *Eckpunkte zur Vorbereitung eines neuen Pflegeberufegesetzes*. Online verfügbar unter (12/2012) http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeberuf/20120301_Endfassung_Eckpunktepapier_Weiterentwicklung_der_Pflegeberufe.pdf

Büscher, A. & Hopfeld, M. (2011): Interprofessionelle Zusammenarbeit im regionalen Kontext. In Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung (S. 41-44). Online verfügbar unter (12/2012) http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Memorandum_Kooperation_der_Gesundheitsberufe.pdf



Buttner, P. (2012): Was sind soziale Berufe? Definitionen, Entwicklungen und aktueller Stand. In P. Buttner (Hrsg.), *Soziale Berufe zwischen Fachkräftemangel und Akademisierung* (S. 4-17). Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.

Csongár, G. (1998): Professionalisierungstrends im Gesundheits- und Sozialmanagement - Anforderungen an die berufliche Weiterbildung. In B. Meifort (Hrsg.), *Arbeiten und Lernen unter Innovationsdruck. Alternativen zur traditionellen Berufsbildung in gesundheits- und sozialberuflichen Arbeitsfeldern* (S. 57-77). Bielefeld: Bertelsmann.

Darmann-Finck, I. & Friesacher, H. (2009): Editorial. *ipp info* 5 (7), 1-2.

Darmann-Finck, I. (2012): Wirkungen einer akademischen Erstausbildung von professionell Pflegenden im Spiegel internationaler Studien. *Pflege & Gesellschaft*, 216-231.

Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP) (2012): *Stellungnahme zu den "Eckpunkten zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufgesetzes"*. Online verfügbar unter (10/2012) http://www.dfpp.de/archiv/dfpp/SN-DFPP_Pflegeberufsgesetz.pdf

Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit/ Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGSA/DGfE) (2011): Gemeinsame Stellungnahme der Vorstände der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) und des Vorstands der Kommission Sozialpädagogik in der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE). Online verfügbar unter (01/2013) http://www.dg-sas.de/downloads/Stellungnahme_Vorstaende.pdf

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (Hrsg.). (2012): *Pflegebildung verstehen - Eine kurze Einführung*. Online verfügbar unter (10/2012) http://www.dbfk.de/download/download/bildung_verstehen_web2012-06-08.pdf

Deutscher Bundestag (2001): *Unterrichtung durch die Bundesregierung. Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung* (Drucksache 14/5590). Bonn: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft. Online verfügbar unter (01/2013) [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Zweiter_Bericht ueber die Entwicklung der Pflegeversicherung.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Zweiter_Bericht_ueber_die_Entwicklung_der_Pflegeversicherung.pdf)

Deutscher Bundestag (2004): *Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*. Online verfügbar unter (01/2013) http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Gesundheitswesen/Dokumente/DritterBerichtPflegeversicherung.pdf

Deutscher Bundestag (2007): Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) (Drucksache 16/7439). Online verfügbar unter (10/2012) <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/074/1607439.pdf>

Deutscher Bundestag (2008a): *Unterrichtung durch die Bundesregierung. Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung* (Drucksache 16/7772). Köln: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH. Online verfügbar unter (01/2013) <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/077/1607772.pdf>



Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2008b): Gesetzentwurf des Bundesrates Entwurf eines Gesetzes zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten (Drucksache 16/9898). Online verfügbar unter (07/2012) <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/098/1609898.pdf>

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.). (1998): Zur zukünftigen Rolle der Kommunen in der Altenhilfe. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins, NDV, 1, 2-5.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (DV) (Hrsg.). (2006): Empfehlungen zur Gestaltung der sozialen Infrastruktur in den Kommunen mit einer älter werdenden Bevölkerung. Berlin: Vervielfältigung.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (DV) (2009): *Weiterentwicklung der Pflegeausbildung. Empfehlungen des Deutschen Vereins* (DV 39/08 AF I). Online verfügbar unter (01/2013) http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen_archiv/2009/pdf/DV%2039-08.pdf

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (DV) (Hrsg.). (2011): *Eckpunkte des Deutschen Vereins für einen inklusiven Sozialraum*. (DV 35/11 AF IV). Online verfügbar unter (01/2013) http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen_archiv/2011/DV%2035-11.pdf

169

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (DV) (Hrsg.). (2012): *Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Fachkräftegewinnung in der Altenpflege* (DV 38/11 AF IV). Online verfügbar unter (01/2013) http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen_archiv/2012/38-11.pdf

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) (2011): Fachkräftemangel in der Pflegebranche ist hausgemacht. *arbeitsmarkt aktuell* (1), 1–6.

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP), Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V., Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Dekanekonferenz Pflegewissenschaft (2012): *Gemeinsames Schreiben an Abgeordnete im EU-Binnenmarkt-Ausschuss. An die deutschen Abgeordneten aller Parteien im EU-Parlament Entwurf der EU-Kommission zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG – Zugangsvoraussetzung zur Krankenpflegeausbildung*. Köln. Online verfügbar unter (01/2013) <http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/pressemitteilungen/Stellungnahme-Pflegewissenschaft-EU-Richtlinie-120910.pdf>

DHBW Stuttgart (2012): *BMBF-Projekt OPEN: DHBW Stuttgart*. Online verfügbar unter (10/2012) <http://www.dhbw-stuttgart.de/themen/wissenschaft/bmbf-projekt-open.html>

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (DW) (Hrsg.). (2011): *Altenarbeit im Gemeinwesen Demografisch geboten – politisch notwendig – verlässlich finanziert*. Online verfügbar unter (01/2013) http://www.diakonie.de/media/Texte_09_2011/Altenarbeit_Gemeinwesen.pdf



Dielmann, G. (2011): Kooperation durch Bildung fördern. In Robert-Bosch Stiftung (Hrsg.), *Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung*. Online verfügbar unter (12/2012) http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Memorandum_Kooperation_der_Gesundheitsberufe.pdf

Dierks, M.L. (2009): *10 Jahre Public-Health-Studium in Hannover - wo arbeiten die Absolventen?*. Online verfügbar unter (02/2013) http://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/epidemiologie/public_health/downloads/verbleibsforschung_nach_10_jahren_01.pdf

Diller, A. (2010): „Von der Sackgasse zur Durchfahrtsstraße“ – Gleichwertigkeit und Durchlässigkeit im Bildungssystem. München: Deutsches Jugendinstitut e. V. (DJI). Online verfügbar unter (01/2013) http://www.weiterbildungsinitiative.de/uploads/media/fachbeitrag_diller_final.pdf.

Dörge, C. (2009): *Professionelles Pflegehandeln im Alltag. Vision oder Wirklichkeit?* Frankfurt: Mabuse-Verlag.

Ehrhard, T., Ostwald D. A. & Franz P. (2011): Neue Berufe und Aufgabenneuverteilung im Gesundheitswesen – Stand und Perspektiven. In P. Hensen (Hrsg.), *Die gesunde Gesellschaft. Sozioökonomische Perspektiven und sozialethische Herausforderungen* (S. 105–120). Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften.

170

Elzer, M. (2000): Die Euphorie ist vorbei...: Zur Situation der Akademisierung der Pflege. *Dr. med. Mabuse: Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe* 25 (128), 18–19.

Engel, P. (2001): *Sozialräumliche Altenarbeit und Gerontologie. Am Beispiel älterer Frauen auf dem Land*. Opladen: Leske & Budrich.

EU in Motion – Qualifying for better health care by using the EQF (2007): *Abschlussbericht. Öffentlicher Teil* (2007/10344/ TRA EQF/ DE / EACEA). Online verfügbar unter (01/2013) http://eacea.ec.europa.eu/llp/project_reports/documents/ka1/final_reports/eqf_final_reports_2007/ka1_eqf_137893_de_eu-in-motion_final_report_public.pdf

EU in Motion – Qualifying for better health care by using the EQF (2007a): *Good Practice. Recognition of the competences. The Dutch Centre for accreditation of prior learning (APL)* (2007/10344/ TRA EQF/ DE / EACEA). Online verfügbar unter (01/2013) http://www.eu-in-motion.eu/PDF/Good%20Practice/Englisch/Netherlands-Good_Practice_Recognition.pdf

EU in Motion – Qualifying for better health care by using the EQF (2007b): *Good Practice. Durchlässigkeit. Doppelqualifizierung* (2007/10344/ TRA EQF/ DE / EACEA). Online verfügbar unter (01/2013) http://www.eu-in-motion.eu/PDF/Good%20Practice/Deutsch/Deutschland-Good_Practice_Durchlaessigkeit2.pdf

EU in Motion – Qualifying for better health care by using the EQF (2007c): *Good Practice. Durchlässigkeit zwischen beruflicher Qualifizierung und akademischer Bildung. Entwicklung dualer Studiengänge (ausbildungsintegrierend) für die Berufe der Krankenpflege, der Hebammen und Physiotherapeuten in Deutschland* (2007/10344/ TRA EQF/ DE / EACEA). Onli-



ne verfügbar unter (01/2013) <http://www.eu-in-motion.eu/PDF/Good%20Practice/Deutsch/Deutschland-Good Practice Durchlaessigkeit1.pdf>

EU in Motion - Qualifying for better health care by using the EQF (2010): *Empfehlungen an nationale Stakeholder. Deutschland.* (2007/10344/ TRA EQF/ DE / EACEA). Online verfügbar unter (01/2013) <http://www.eu-in-motion.eu/PDF/Empfehlungen%20an%20Stakeholder/Deutsch/Empfehlungen an nationale Stakeholder Deutschland.pdf>

EU-Kommission - Kommission der Europäischen Gemeinschaften (Hrsg.). (2008): *Grünbuch über Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa.* Brüssel: Kommission der Europäischen Gemeinschaften. Online verfügbar unter (12/2012) http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_de.pdf

Europäische Gemeinschaften. (2008): *Der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR).* Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften. Online verfügbar unter (01/2013) http://ec.europa.eu/education/pub/pdf/general/eqf/broch_de.pdf

Eylmann, C. & Knigge-Demal, B. (2011): Begründungsrahmen zum Entwurf des Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen im Rahmen des Projektes "Modell einer gestuften und modularisierten Altenpflegequalifizierung". Köln/Bielefeld: Fachhochschule Bielefeld & Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V..

Future Age Group (Hrsg.). (2011): A Road Map for European Ageing Research. Online verfügbar unter (02/2013) <http://futurage.group.shef.ac.uk/assets/files/Final%20road%20map/FUTURAGE%20A%20Road%20Map%20for%20European%20Ageing%20Research%20-%20October%202011.pdf>

Giese, C. (2011): Pflegebildung zwischen Entprofessionalisierung und Akademisierung. *Soziale Arbeit* 60 (4), 129–137. Online verfügbar unter (01/2013) <http://www.sozialinfo.ch/fileadmin/customer/Soziale Arbeit 2011 04.pdf#page=10>

GKV-HIS 2004 – 2010: GKV-Heilmittel-Informationen-System. Heilmittel-Schnellinformation nach § 84 Abs. 5 i. V. m. Abs. 8 SGB V.

Göpel, E. (2005): Sozialer Wandel und Veränderungen gesundheitsbezogener Berufsbilder - Konsequenzen für die Ausbildung in den Gesundheitsberufen. Aktualisierung eines Memorandums zur Ausbildung in den Gesundheitsberufen für die HRK-Konferenz am 14./15. 10. 2005 in Bonn. Online verfügbar unter (12/2012) http://www.hrk-bologna.de/bologna/de/download/dateien/Goepel_text.pdf

Göpel, E. & Hofmann-Kock D. (2012): Beratungskonferenz „Koordinierte Initiativen zur Weiterentwicklung der Ausbildung in Medizin und Gesundheitsberufen“. Beratungskonferenz an der Hochschule für Gesundheit in Bochum 28./29.06.2012. Bochum: Hochschulen für Gesundheit e. V.. Online verfügbar unter (12/2012) http://www.hochges.de/images/pdf/Bericht_Beratungskonferenz_2012_Bochum_final.pdf



Görres, S. (2009): Ausbildung bringt Qualität. Akademisierung in den Pflegeberufen. *IPPInfo* 5 (7), 2–3.

Gramke, K. (2009): Qualifizierungsbedarf 2015 und 2030 in Baden-Württemberg. Studie im Auftrag des Wirtschaftsministeriums Baden-Württemberg. Basel: Prognos.

Grunau, J. & Weyland, U. (2011): Qualifikationsrahmen im Kontext gesundheits- und pflegebezogener Bildungsgänge. *IPPInfo*, 6 (09), o. S.

Gutschow, K. (2010): Anerkennung von nicht formal und informell erworbenen Kompetenzen. Bericht an den Hauptausschuss. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.

Hahne, U. (2009): Zukunftskonzepte für schrumpfende ländliche Räume. Von dezentralen und eigenständigen Lösungen zur Aufrechterhaltung der Lebensqualität und zur Stabilisierung der Erwerbsgesellschaft. In *Neues Archiv für Niedersachsen. Zeitschrift für Stadt-, Regional- und Landesentwicklung* 1/2009, 2-25.

Hämel, K. & Schaeffer, D. (2012): Fachkräftemangel in der Pflege - viel diskutiert, politisch ignoriert? *Gesundheits- und Sozialpolitik. Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen* 66 (1), 41–49.

172

Hammerschmidt, P. (2010): Soziale Altenhilfe als Teil kommunaler Sozial(hilfe-)politik. In K. Aner (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 19-32). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH.

Hampel, S. (2012): Schriftliche Kurzbefragung der Studierenden des Masterstudiengangs „Alternde Gesellschaften“ an der TU Dortmund. Unveröffentlichter Forschungsbericht. Dortmund: TU Dortmund, Fakultät für Erziehungswissenschaft und Soziologie.

Heijke, L. (2004): The European master's programme in gerontology. *European Journal of Ageing* (1), 106–108.

Heinze, R.G. & Naegele, G. (Hrsg.). (2010): EinBlick in die Zukunft. Gesellschaftlicher Wandel und Zukunft des Alterns im Ruhrgebiet. Berlin/ Münster: Lit.

Heinze, R.G. & Naegele, G. (2010): Einleitung – Demographischer Wandel in Deutschland: Herausforderung und Chance. In R.G. Heinze & G. Naegele (Hrsg.), *EinBlick in die Zukunft. Gesellschaftlicher Wandel und Zukunft des Alterns im Ruhrgebiet* (S. 19-26). Berlin/Münster: Lit.

Höppner, H. (2007): Akademisierung der Gesundheitsfachberufe. Ein Beitrag zur Qualitätssicherung und Effektivitätssteigerung gesundheitlicher Versorgung in Deutschland. Online verfügbar unter (05/2012) http://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/dokumente/AkademisierungGEK_24082007.pdf



Horstkötter, N., Trompetter, E. & Dröger, A. (2008): Community Health Nursing. In: Brzoska, P. et al. Community Health Assessment für Bielefeld – Schildesche. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. S. 4-8.

Hülksen-Giesler, M., Korporal, J., Dangel, B. & Recken, H. (in Druck): *FQR-Pflege für die hochschulische Bildung - Hintergründe und Perspektiven.*

Hüther, M. & Naegele G. (2013): Demografiepolitik: Warum und wozu? In: Hüther, M. & Naegele, G. (Hrsg.). Demografiepolitik. Herausforderungen und Handlungsfelder. Wiesbaden: Springer, S. 13–33.

Igl, G., Naegele, G. & Hamdorf, S. (2007): Reform der Pflegeversicherung. Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen. Hamburg: Lit.

Igl, G. (2010): Welche rechtlichen Möglichkeiten und Grenzen bestehen in Bezug auf interdisziplinäre Kooperation und Aufgabenverschiebung unter den Gesundheitsberufen? Kiel: Robert-Bosch-Stiftung. Online verfügbar unter (12/2012). http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Gutachten_Prof._Dr._Igl.pdf

Ingwersen, R. (2005): Fachdidaktik in der praktischen Ausbildung. *Pflegemagazin : Zeitschrift für Pflege und Gesundheitsförderung*, 6,1, 20-31.

173

Jung, H.-U., Cordes, A., Titkemeier, N. (2011): Aktuelle Arbeitsmarktsituation und Perspektiven der Gesundheits- und Pflegeberufe in der Region Hannover. Gutachten im Auftrag der Region Hannover. Hannover: Niedersächsisches Institut für Wirtschaftsforschung (NIW).

Kälble, K. (2003): Professionalisierung durch Akademisierung. Hochschulpolitische Bedingungen und neue Entwicklungen im Bereich der (therapeutischen) Gesundheitsfachberufe. In Fachhochschule Bielefeld (Hrsg.), *Workshop-Reader. Die Zukunft der therapeutischen Berufe* (S. 28–51). Bielefeld: Fachbereich Pflege und Gesundheit.

Kälble, K. (2008): Die Gesundheitsfachberufe im Akademisierungsprozess: Aktuelle Entwicklungen und Problemfelder ihrer Höherqualifizierung. In S. Matzick (Hrsg.), *Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung* (S. 195-212). Weinheim/München: Juventa-Verlag.

Karl, F., Augst, C., Backes, G.M., Naegele, G. & Schmitt, E. (2002): Studienreform und Leitdisziplin. In F. Karl & S. Zank (Hrsg.), *Zum Profil der Gerontologie. Beiträge aus Tagungen der Gesellschaft für sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie in der DGGG 2000 – 2002* (S. 57-66) 2. Aufl., Online verfügbar unter (12/2012) <http://www.soziale-gerontologie.de/publikationen/kasselergschriften/Bd%2030%202%20Auf%20GESAMTER%20InnenTEXT.pdf>

Klie, T. (1997): Soziale Arbeit mit älteren Menschen in Baden-Württemberg - eine Bestandsaufnahme. In A. Brosch, A. Blunck, T. Klie, U. Löckenhoff & U. Lörcher (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit älteren Menschen und bürgerschaftliches Engagement : Ergebnisse einer Studie zu Berufs- und Tätigkeitsfeldern in Baden-Württemberg (1994/1995) sowie von Maßnahmen zur*



Qualifizierung (1995/1996). (S. 19-48). Freiburg: Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e. V. an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg.

Knäpple, A. & Meier, M. et al. (2004): *Dritt-Sektor-Qualifizierung in der Altenhilfe. Personalsituation. Eine Studie (G 5)*. Bad Dürkheim: Gemeinschaftsinitiative Equal. Online verfügbar unter (02/2013) http://www.equal-altenhilfe.de/files/Grundlagen/G_05/G_5.pdf

Knigge-Demal, B., Eylmann, C. & Hundenborn, G. (2011): Entwurf des Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen im Rahmen des Projektes "Modell einer gestuften und modularisierten Altenpflegeausbildung". Köln/Bielefeld: Fachhochschule Bielefeld und Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e. V..

Kraft, M. (2012): Der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) und die sozialen Berufe. In P. Buttner (Hrsg.), *Soziale Berufe zwischen Fachkräftemangel und Akademisierung* (S. 18-27). Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.

Kricheldorf, C. (2010): Ausbildung und Weiterbildung von Fachkräften Sozialer (Alten-) Arbeit. In K. Aner & U. Karl (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 67-74). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH.

174 Kuhlmann, A., Olbermann, E. & Barth, C. (2012): *Kommunale Altenberichterstattung in Nordrhein-Westfalen: Ein Überblick mit Beispielen guter Praxis*. Unter Mitarbeit von Anja Hornbacher. Unveröffentlichter Forschungsbericht. Dortmund: Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V./Institut für Gerontologie an der TU.

Kuhlmann, A. (2012): Gemeindeorientierte Gesundheitsförderung für ältere Menschen - zwischen kommunaler Verantwortung und Selbstverpflichtung. Eine Untersuchung in ausgewählten kommunalen Gesundheitskonferenzen in Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen. Dissertation. TU Dortmund, Dortmund. Online verfügbar unter (12/2012) <http://hdl.handle.net/2003/29840>.

Kuhlmei, A. & Winter, M. (1998): *Pflege-Eliten und ihre Berufschancen. Forschungsbericht*. Neubrandenburg: FH Neubrandenburg. Online verfügbar unter (05/2012) http://www.dip.de/datenbank-wise/detail/?no_cache=1&tx_dipwise_pi2%5Buid%5D=163

Kuhlmei, A., Mollenkopf, H. & Wahl, H.-W. (2008): Gesund altern - ein lebenslauforientierter Entwurf. In H.-W. Wahl & H. Mollenkopf (Hrsg.), *Altenforschung am Beginn des 21. Jahrhunderts. Alterns- und Lebenslaufkonzeptionen im deutschsprachigen Raum* (S.265-274). Berlin: AKA.

Kuhlmei, A. (2008): Neue Rollen für nicht-ärztliche Heilberufe. *Forum Public Health* 16, 2008, 2.e1-2.e4

Kuhlmei, A., Alscher, D., Büscher, A., Dielmann, G., Hopfeld, M., Igl, G., Höppner, H., Matzke, U. & Satrapa-Schill, A. (2011): Robert Bosch Stiftung – Kooperation der Gesundheitsberufe. Die Idee des Memorandums. *Padua Fachzeitschrift für Pflegepädagogik*; 2, 28-33.



Kühnert, S. (1994): Sozialer und demographischer Wandel als Rahmenbedingungen für die Zukunft der Pflege – Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungsstrategien zur Professionalisierung der Pflege. In: Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.), *Zukunft der Pflege - Zukunft der Pflegeberufe* (S. 49-59). Bonn: Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Arbeits- und Sozialforschung.

Landenberger, M. & Ortmann, J. (1999): Pflegeberufe im europäischen Vergleich. Expertise der Berufs- und Ausbildungssituation in der Alten-, Kranken- und Behindertenpflege. Berlin: BBJ-Verl.

Landenberger, M., Stöcker, G., Filkins, J., de Jong, A., Them, Ch., Selinger, Y. & Schön, P. (2005): *Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland*. Hannover: Schlütersche.

Landespflegerat Baden-Württemberg (2009): *Akademische Grundausbildung für Pflegekräfte mit Bachelor-Abschluss und Berufszulassung. Positionspapier*. Online verfügbar unter (10/2012) http://www.lpr-bw.de/s/pdf/Positionspapier_Grundausbildung.pdf

Landespflegerat Baden-Württemberg (2010): *Pflegeberufe für einen großen Personenkreis und für alle Bildungsabschlüsse attraktiver machen. Pressemitteilung*. Online verfügbar unter (10/2012) <http://www.lpr-bw.de/s/pdf/Pressemitteilung%5B5Mai%5D.pdf>

175

Landtag Baden-Württemberg (Hrsg.). (2011): Antrag der Fraktion GRÜNE und Stellungnahme des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst Bachelor-Studiengang Pflegewissenschaften an der Uni Freiburg und Bachelor-Studiengang Pflege (Verschränkungsmodell) an der Katholischen Hochschule Freiburg (Drucksache 15 / 531). Online verfügbar unter (12/2012) http://www.landtag-bw.de/WP15/Drucksachen/0000/15_0531_d.pdf

Landtag Baden-Württemberg (2012): *Große Anfrage der Fraktion der CDU und Antwort der Landesregierung. Pflege in Baden-Württemberg*. Online verfügbar unter (08/2012) http://www9.landtag-bw.de/WP15/Drucksachen/1000/15_1340_d.pdf

Lorenz, H.-J. & Pundt, J. (2002): Professionalisierung durch Public Health - eine Verbleibsanalyse Berliner Public Health-Absolventen. In T. Gerlinger, H. Heiskel, M. Herrmann, L. Hinricher, G. Hungeling & U. Lenhardt (Hrsg.), *Jahrbuch für Kritische Medizin. Qualifizierung und Professionalisierung* (S. 96–118). Hamburg: Argument-Verlag (37).

Mayer, T. (2012): Die Gestaltung des demografischen Wandels. "Jedes Alter zählt - Jede Politik zählt - Jede Hilfe zählt". In: *Informationsdienst Altersfragen* 39, 5, S. 5–10.

MDK Bayern (2008): *Die Soziale Pflegeversicherung*. Landsberg: ecomed MEDIZIN.

Menning, S., Nowossadeck, E. & Maretzke, S. (2010): *Regionale Aspekte der demografischen Alterung*. Online verfügbar unter (11/2010) http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/GeroStat_Report_Altersdaten_Heft_1_2_2010.pdf



Meyer, M. (2000): Studium der Gerontologie in Europa. Ausbildungsprogramme und Professionalisierungsstrategien - gegenwärtiger Stand und zukünftige Entwicklungen. Aachen: Shaker.

Michell-Auli, P., Strunk-Richter, G. & Tebest, R. (2009): Werkstatt Pflegestützpunkte. Aktueller Stand der Entwicklung von Pflegestützpunkten in Deutschland und Empfehlungen zur Implementierung und zum Betrieb von Pflegestützpunkten. Online verfügbar unter (10/2012) http://www.werkstatt-pflegestuetzpunkte.de/tl_files/werkstatt_pflegestuetzpunkte/PDF%20Dateien/2.%20Zwischenbericht.pdf

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg (MFAS) (o.J.¹³⁰): Aktionsprogramm „Ältere Generation im Mittelpunkt“ – Miteinander der Generationen -. Online verfügbar unter (02/2013) http://www.sm.baden-wuerttemberg.de/fm/1442/%C4ltere_Generation_im_Mittelpunkt.pdf

Moch, M. & Bense, O. (2013): Entwicklung der Berufspositionen von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern in den ersten zwei Berufsjahren. In M. Moch, T. Meyer & O. Bense (Hrsg.), *Berufseinstieg in die Soziale Arbeit* (S. 116-131). Ibbenbüren: Klaus Münstermann Verlag.

176 Moers, M., Schöniger, U. & Böggemann, M. (2012): Duale Studiengänge – Chancen und Risiken für die Professionalisierung der Pflegeberufe und die Entwicklung der Pflegewissenschaft. *Pflege & Gesellschaft* 3, 232 – 247.

Mühlum, A. (2006): Sozialarbeit im Gesundheitswesen oder Gesundheitsarbeit im Sozialwesen? Professionalisierung Sozialer Arbeit auf schwierigem Terrain. In J. Pundt (Hrsg.), *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen - Potenziale - Perspektiven* (S. 93–105). Bern: Verlag Hans Huber.

Naegele, G. (2008): Altenhilfe. In B. Maelicke (Hrsg.), *Lexikon der Sozialwirtschaft* (S. 30-34). Baden-Baden: Nomos.

Naegele, G., Schönberg, F., Menke, M., Schmitt, M. & Schnabel, E. (2008): Der demographische Wandel und die Älteren in Nordrhein-Westfalen – Positionspapier des Instituts für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund. Dortmund: Institut für Gerontologie an der TU Dortmund (IfG).

Naegele, G. (2010a): Kommunen im demografischen Wandel. Thesen zu neuen An- und Herausforderungen für die lokale Alten- und Seniorenpolitik. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43, 2, S. 98–102.

Naegele, G. (2010b): Demographischer Wandel und demographisches Altern in Deutschland: Probleme, Chancen und Perspektiven. In R.G. Heinze & G. Naegele (Hrsg.), *EinBlick in die Zukunft. Gesellschaftlicher Wandel und Zukunft des Alterns im Ruhrgebiet* (S. 33-60). Berlin, Münster: Lit.

¹³⁰ Letzte Aktualisierung (02/2006).

Naegele, G. (2010c): Soziale Lebenslaufpolitik - Grundlagen, Analysen und Konzepte. In: Gerhard Naegele (Hrsg.). Soziale Lebenslaufpolitik. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 27–85.

Naegele, G. (2011): Soziale Dienste für ältere Menschen. In A. Evers, R.G. Heinze & T. Olk (Hrsg.), *Handbuch Soziale Dienste* (S. 404-424). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Naegele, G. (2013): Gesundheitliche Versorgung in einer alternden Gesellschaft. In M. Hüther & G. Naegele (Hrsg.), *Demografiepolitik. Herausforderungen und Handlungsfelder* (S. 245-258). Wiesbaden: Springer.

Neu, M. (2012). Regionale Disparitäten. In: F.S. Berichterstattung (Hrsg.), *Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung in Deutschland*. (S. 185–200). Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien. Online verfügbar unter (03/2013) http://download.springer.com/static/pdf/958/chp%253A10.1007%252F978-3-531-94197-4_6.pdf?auth66=1364904571_fd6d7f815a57c29e1c0435f181456722&ext=.pdf02

Neumann, E. M. (2012): Pflegende Berufe in der Altenhilfe. In C. Tesch-Römer, J. P. Ziegelmann & H.-W. Wahl (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen* (S. 453-458). Stuttgart: Kohlhammer.

177

Ostwald, D. A. et al. (2010): Fachkräftemangel Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. In PricewaterhouseCoopers AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Hrsg.). Frankfurt, a. M.

Ottensmeier, B., Rothen, H.J. (2006): Kommunale Seniorenpolitik. In Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), *Wegweiser demographischer Wandel 2020. Analysen und Handlungskonzepte für Städte und Gemeinden* (S. 126-132). Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

Phillips, J. (2006): Older Adults in Europe. In B. Berkman (Hrsg.), *Handbook of Social Work in Health and Aging* (S. 959–966). Oxford/New York: Oxford University Press.

Pohl, C. & Siegl, G. (2012): Der Bedarf an Pflegefachkräften und Strategien für deren Gewinnung. In P. Buttner (Hrsg.), *Soziale Berufe zwischen Fachkräftemangel und Akademisierung* (S. 40–49). Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge.

Pohlmann, S. (2006): Gerontologie als neuer Hochschultrend? Voraussetzungen für ein alterswissenschaftliches Profil. *Informationsdienst Altersfragen* 33 (2), 6–9.

Räbiger, J. & Pehlke-Milde, J. (2009): Qualifikationsrahmen und ihre Bedeutung für die Gesundheitsberufe. *Forum Public Health*, 64, 27-28.

Reglin, T. & Severing, E. (2012): Trägt der Deutsche Qualifikationsrahmen zur Durchlässigkeit im Bildungssystem bei? In Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.), *Durchlässigkeit und Transparenz fördern. DECVET – Ein Reformansatz in der beruf-*



lichen Bildung. (S. 7-14). Köln: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) Referat Grundsatzfragen der beruflichen Aus- und Weiterbildung.

Reinicke, P. (2007): Soziale Berufe. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.), *Fachlexikon der sozialen Arbeit* (S. 843-846). Baden-Baden: Nomos.

Robert-Bosch Stiftung (1993): Pflege braucht Eliten. Denkschrift der Kommission der Robert-Bosch-Stiftung zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege; mit systematischer Begründung und Materialien; April 1992 (3. Aufl.). Gerlingen: Bleicher.

Robert-Bosch Stiftung (Hrsg.). (2011): *Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung*. Online verfügbar unter (12/2012) http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Memorandum_Kooperation_der_Gesundheitsberufe.pdf

Rothgang, H. (2012): Nach der Mini-Pflegereform: Wesentliche Probleme bleiben ungelöst. *Soziale Sicherheit* (7), 245–254.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2007): Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Deutscher Bundestag (Hrsg.). Drucksache 16/6339. Online verfügbar unter (12/2012) <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf>

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2012): Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Deutscher Bundestag (Hrsg.). Drucksache 17/10323. Online verfügbar unter (02/2013) <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/103/1710323.pdf>

Schmidt, W. & Schnabel, E. (2006): Ausbildungsplatzmonitor Altenpflege. Unveröffentlichter Abschlussbericht vorgelegt dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen. Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V./Institut für Gerontologie der Universität Dortmund.

Schmidt, W. (2013): Altenhilfe. In K. Grunwald, G. Horcher & B. Maelicke (Hrsg.), *Lexikon der Sozialwirtschaft*. Baden-Baden: Nomos Verlag.

Schüle, W. (2011): Seniorenfreundlicher Service im Einzelhandel. Eine Aktion des Landes seniorenrats Baden-Württemberg. Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung. Mosbach, 09.08.2011, zuletzt geprüft am 04.07.2012.

Schweppe, C. (2011): Soziale Altenarbeit. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (S. 505-521). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.



Sieger, M. (2002): Die Akkreditierungsagentur für Studiengänge im Bereich Heilpädagogik, Pflege, Gesundheit und Soziale Arbeit – AHPGS. Bedeutung und Zielsetzung im Kontext der jüngsten Entwicklungen im Hochschulsystem. *PFLEGE & GESELLSCHAFT* 7 (2), 49–53.

Simon, M. (2012): Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009. Studie für den Deutschen Pflegerat. Hannover: Fachhochschule Hannover. Online verfügbar unter (01/2013) [http://www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/E81BDA151130EDFEC125796C003DEB66/\\$File/DPR_Prof.%20Simon_Besch%C3%A4ftigt_e%20und%20Besch%C3%A4ftigungsstrukturen%20in%20Pflegeberufen_Eine%20Analyse%20der%20Jahre%201999%20-%202009_120118.pdf](http://www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/E81BDA151130EDFEC125796C003DEB66/$File/DPR_Prof.%20Simon_Besch%C3%A4ftigt_e%20und%20Besch%C3%A4ftigungsstrukturen%20in%20Pflegeberufen_Eine%20Analyse%20der%20Jahre%201999%20-%202009_120118.pdf)

Slotala, L. (2006): Studiengangskonzepte für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe an der Fachhochschule Fulda. In Fachhochschule Fulda (Hrsg.), *Akademisierung der Gesundheitsberufe Primärqualifizierung versus Weiterbildung? Positionierung der Berufsverbände. Tagungs-Reader Studentische Fachtagung 30. November 2004* (S. 17–24). Online verfügbar unter (07/2012) http://www.fh-fulda.de/fileadmin/Fachbereich_PG/pg-papers/2006_Heck_Slotala_Akademisierung_Verbaende.pdf

Slotala, L. & Ewers, M. (2011): Bildungsberichterstattung in der Pflege. *PFLEGE & GESELLSCHAFT* 17 (1), 63–78.

Sozialministerium Baden-Württemberg & Wissenschaftsministerium Baden-Württemberg (2012): Verordnung des Sozialministeriums und des Wissenschaftsministeriums zur Erprobung einer Weiterbildung in den Berufen der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege zur Arztassistenz (Weiterbildungsverordnung Arztassistenz). Entwurf. Stand 24.10.2012.

Statistisches Bundesamt (StatBA) (Hrsg.) (2003a): *Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - 3. Bericht: Ländervergleich - Ambulante Pflegedienste – 2001*. Online verfügbar unter (06/2012) https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePflegedienste5224101019004.pdf?__blob=publicationFile

Statistisches Bundesamt (StatBA) (Hrsg.) (2003b): *Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - 4. Bericht: Ländervergleich - Pflegeheime – 2001*. Online verfügbar unter (06/2012) https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegeheime5224102019004.pdf?__blob=publicationFile

Statistisches Bundesamt (StatBA) (Hrsg.) (2005a): *Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - 3. Bericht: Ländervergleich - Ambulante Pflegedienste – 2003*. Online verfügbar unter (06/2012) https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePflegedienste5224101039004.pdf?__blob=publicationFile

Statistisches Bundesamt (StatBA) (Hrsg.) (2005b): *Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - 4. Bericht: Ländervergleich - Pflegeheime – 2003*. Online verfügbar unter (06/2012) https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegeheime5224102039004.pdf?__blob=publicationFile



Statistisches Bundesamt (StatBA) (Hrsg.) (2007a): *Pflegestatistik 2005 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - 3. Bericht: Ländervergleich - ambulante Pflegedienste*. Online verfügbar unter (06/2012) <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePflegedienste5224101059004.pdf?blob=publicationFile>

Statistisches Bundesamt (StatBA) (Hrsg.) (2007b): *Pflegestatistik 2005 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - 4. Bericht: Ländervergleich - Pflegeheime*. Online verfügbar unter (06/2012) <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegeheime5224102059004.pdf?blob=publicationFile>

Statistisches Bundesamt (StatBA) (Hrsg.) (2009a): *Pflegestatistik 2007 - 3. Bericht: Ländervergleich - ambulante Pflegedienste*. Online verfügbar unter (06/2012) <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePflegedienste5224101079004.pdf?blob=publicationFile>

Statistisches Bundesamt (StatBA) (Hrsg.) (2009b): *Pflegestatistik 2007 - 4. Bericht: Ländervergleich - Pflegeheime*. Online verfügbar unter (06/2012) <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegeheime5224102079004.pdf?blob=publicationFile>

180 Statistisches Bundesamt (StatBA) (Hrsg.) (2011a): *Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 3. Bericht: Ländervergleich - ambulante Pflegedienste*. Online verfügbar unter (06/2012) <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePflegedienste5224101099004.pdf?blob=publicationFile>

Statistisches Bundesamt (StatBA) (Hrsg.) (2011b): *Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - 4. Bericht: Ländervergleich - Pflegeheime – 2009*. Online verfügbar unter (06/2012) <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegeheim e5224102099004.pdf?blob=publicationFile>

Statistisches Bundesamt (StatBA) (Hrsg.). (2010): *Klassifikation der Berufe 1992 (KldB 92)*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (StatBA) (Hrsg.). (2011): *Mikrozensus 2011*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (StatBA) (Hrsg.). (2012a): GENESIS-Online Datenbank (2012), Tabellenabruf online verfügbar unter (12/2012) <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;jsessionid=D90D2D7A2D08A8E368D41DAAD492AC72.tomcat.GO.2.1?operation=statistikenVerzeichnisNextStep&levelindex=0&levelid=1357735199661&index=3&structurelevel=3;>

Statistisches Bundesamt (StatBA) (Hrsg.). (2012b): *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheitspersonalrechnung. Beschäftigte im Gesundheitswesen*. Tabellenabruf online verfügbar unter (06/2012) http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/XWD_PROC?XWD_2/4/XWD_CUBE.DRILL/XWD_30/D.489/24180



Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (StatLA) (Hrsg.). (2010a): *Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung in Baden-Württemberg*. CD-ROM. Stuttgart: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (StatLA) (Hrsg.). (2010b): *Krankenhausstatistik Baden-Württemberg 2009*.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (StatLA) (Hrsg.). (2011a): *Krankenhausstatistik Baden-Württemberg 2010*. Online verfügbar unter (06/2012) http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/veroeffentl/Statistische_Berichte/3213_10001.pdf

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (StatLA) (Hrsg.). (2011b): *Mikrozensus 2011 für Baden-Württemberg*. Stuttgart: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (StatLA) (Hrsg.). (2012): *Krankenhausstatistik Baden-Württemberg 2011*. Online verfügbar unter (06/2012) http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/veroeffentl/Statistische_Berichte/3212_11001.pdf

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (StatLA) (Hrsg.). (2012): *Bevölkerungsstatistik für die Jahre 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2010, 2011, 2012* Online verfügbar unter (06/2012) <http://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Landesdaten/#BV-BS>

181

Stöcker, G. (2006): Stand und Perspektiven der Akademisierung in den Pflegeberufen. In Fachhochschule Fulda (Hrsg.), *Akademisierung der Gesundheitsberufe Primärqualifizierung versus Weiterbildung? Positionierung der Berufsverbände*. Tagungs-Reader Studentische Fachtagung 30. November 2004 (S. 25–32). Online verfügbar unter (07/2012) http://www.fh-fulda.de/fileadmin/Fachbereich_PG/pg-papers/2006_Heck_Slotala_Akademisierung_Verbaende.pdf

Stöcker, G. (2008): Wo steht Deutschland? Pflegeausbildung im Vergleich. *Heilberufe*, 08/2008, 56-60.

Stöcker, G. & Reinhart, M. (2012): *Grundständig pflegeberufsausbildende Studiengänge in Deutschland*. Berlin: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). Online verfügbar unter (10/2012) http://www.bildungsrat-pflege.de/includes/tng/pub/tNG_download4.php?id_mnu=103&id_mod=2&nPath=95&language=1&KT_download9=5bb07db6ace33b9b4ae9bff47b8ab33e

Strohmeier, K.-P. & Neu, M. (2011): Auswirkungen des demografischen Wandels auf die sozialen Dienste in den Städten und Gemeinden. In A. Evers, R.G. Heinze & T. Olk (Hrsg.), *Handbuch Soziale Dienste* (S. 145-167). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Tesch-Römer, C. & Wurm, S. (2009): Theoretische Positionen zu Gesundheit und Alter. In K. Böhm, C. Tesch-Römer, & T. Ziese (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 7-20). Berlin: Robert Koch-Institut.



TNS Infratest Sozialforschung (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen *im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter (01/2013) https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_zur_Studie_Wirkungen_des_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf

Trapp, F. & Klug V. (2009): Zukunft der Altenhilfe. In A.J.W. Goldschmidt & J. Hilbert (Hrsg.), *Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche. Beispiele über alle wichtigen Bereiche des Gesundheitswesens in Deutschland zur Gesundheitswirtschaft* (S. 838-856). Wegscheid: Wikom.

Urner, K. (2012): Demographiesensible Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum. Best-Practice-Beispiele für die Region Südwestfalen (Masterarbeit). Dortmund: TU Dortmund.

Van den Berg, N., Meinke, C., Heymann, R., Dreier, A., Terschüren, C. & Hoffmann, W. (2007): Community Medicine Nurses – Arztunterstützung in ländlichen Regionen. *Pflege & Gesellschaft*, 12.Jg., S. 118-134

Von dem Knesebeck, O. (2010): Health inequalities in ageing societies. *International Journal of Public Health* 55, 523-524.

182

Wahl, H.-W. & Mollenkopf H. (Hrsg.). (2008): *Altersforschung am Beginn des 21. Jahrhunderts. Alters- und Lebenslaufkonzeptionen im deutschsprachigen Raum*. Berlin: AKA.

Walkenhorst, U. (2006): Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie auf dem Weg zur Professionalisierung. In J. Pundt (Hrsg.), *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen - Potenziale – Perspektiven* (S. 106-123). Bern: Verlag Hans Huber.

Walkenhorst, U. & Klemme, B. (2008): Kompetenzentwicklung und Qualifizierung in der Ergo- und Physiotherapie. In S. Matzick (Hrsg.), *Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung* (S. 179-194). Weinheim, München: Juventa-Verlag.

Walkenhorst, U. & Stubner B. M. (2012): Entwicklung eines interdisziplinären Fachqualifikationsrahmens für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie). Berlin: Hochschulverbund der Gesundheitsfachberufe e. V.. Online verfügbar unter (12/2012) http://hochges.de/images/pdf/FQR_TherapeutischeGBF_Walkenhorst_Stubner120628.pdf

Walker, A. (2002): The principles and potential of active ageing. In S. Pohlmann (Hrsg.), *Facing an ageing world. Recommendations and perspectives* (S. 113-118). Regensburg: Transfer-Verlag.

Walter, U., Naegele, G., Patzelt, C., Tezcan-Güntekin, H., Lupp, C. & Giesecking A. (2013): Geriatriekonzept für Baden-Württemberg – aktuelle Situation und Anforderung an die ambu-



lante Versorgung und an eine zukunftsweisende Weiterentwicklung. Expertise im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg.

Weidekamp-Maicher, M. & Naegele, G. (2007): Studienkonzepte für die Altenarbeit und die Planung zum gerontologisch orientierten Master-Studiengang an der Universität Dortmund. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40, 6, 417–422.

Winkler, S. (2011): Pflegestützpunkt Ulm – neutrale und trägerunabhängige Beratung. In Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung (AfA) (Hrsg.), *Innovative Projekte in Altenarbeit und Altenhilfe 2011*. Biberach 1. Dezember 2011. Online verfügbar unter (07/2012) www.afa-sozialplanung.de/index.php/downloads.html?file=tl_files/afa/dokumente/3_Fachtagungen_BW_2011/Fachkonferenz%20Baden-Wuerttemberg2011/Vortraege%20Biberach/Kurzdokumentation_Fachkonferenz%20Biberach.pdf

Wissenschaftsrat (Hrsg.). (2012): *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Drucksache. 2411-12. Berlin: Wissenschaftsrat. Online verfügbar unter (08/2012) <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>

Wißmann, P. (2003): Informations-, Beratungs- und Vermittlungsstellen für ältere Menschen. In C. Zippel & S. Kraus (Hrsg.), *Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch für die berufliche Praxis* (S. 139-144). Berlin: Weißensee Verlag.

183

Woog, A. (2006): Einführung in die Soziale Altenarbeit: Theorie und Praxis. Weinheim: Juventa Verlag GmbH.

WHO (2002): Aktiv Altern. Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln. Wien. Online verfügbar unter (05/2008) <http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/6/3/0/CH0106/CMS1056444421691/aktiv-altern-who.pdf>



10 Abbildungsverzeichnis

| | | |
|---------------|---|-----|
| Abbildung 1: | Untersuchungsgegenstand | 11 |
| Abbildung 2: | Die Förderung von Durchlässigkeit seit der Bologna-Reform – Exemplarische Maßnahmen | 58 |
| Abbildung 3: | Relevante Qualifikationsrahmen für die Durchlässigkeit in Sozialen, Pflege- und Gesundheitsberufen | 64 |
| Abbildung 4: | Voraussichtlicher Anteil der 60-Jährigen und Älteren an der Bevölkerung der Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs im Jahr 2022 in %..... | 83 |
| Abbildung 5: | Voraussichtlicher Anteil der 80-Jährigen und Älteren an der Bevölkerung der Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs im Jahr 2022 in %..... | 84 |
| Abbildung 6: | Voraussichtlicher Frauenanteil in der Gruppe der 80-Jährigen und Älteren im Jahr 2022 in %..... | 85 |
| Abbildung 7: | Überblick landesseniorenpolitisch relevante Themen | 88 |
| Abbildung 8: | Hochschulstandorte in Baden-Württemberg | 116 |
| Abbildung 9: | Systematik der Auswahl der Studiengänge..... | 118 |
| Abbildung 10: | Befragte Studienstandorte mit Anzahl der einbezogenen Studiengänge. | 119 |



11 Tabellenverzeichnis

| | | |
|-------------|--|-----|
| Tabelle 1: | Beschäftigte „übrige Gesundheitsberufe“ | 35 |
| Tabelle 2: | Beschäftigte „sozialpflegerische Berufe“ | 35 |
| Tabelle 3: | Hochschulische Ausbildungsmöglichkeiten..... | 47 |
| Tabelle 4: | Gegenwärtige und zukünftige Aufgaben nicht-medizinischer akademischer Fachkräfte in der Altenhilfe und Altenpflege..... | 70 |
| Tabelle 5: | Qualifikationsanforderungen für nicht-medizinische akademische Fach- kräfte in der Altenhilfe und Altenpflege..... | 73 |
| Tabelle 6: | Anteil der 60-Jährigen und Älteren an der jeweiligen Gesamtbevölkerung | 82 |
| Tabelle 7: | Zukünftig angestrebte Berufsfelder | 128 |
| Tabelle 8: | Versorgungskennzahlen | 136 |
| Tabelle 9: | Personalstand 2012..... | 137 |
| Tabelle 10: | Bevölkerung in Baden-Württemberg | 139 |
| Tabelle 11: | Gesamtpersonalbedarf 2022 | 139 |
| Tabelle 12: | Personalerweiterungsbedarf | 141 |
| Tabelle 13: | Personalverlust bis 2022 | 142 |
| Tabelle 14: | Personalneubedarf 2022 | 142 |
| Tabelle 15: | Akademikerbedarf und akademischer (gerontologischer) Weiterqualifi- zierungsbedarf in Baden-Württemberg bis 2022 | 143 |



12 Anhang

12.1 Methodisches Vorgehen Experteninterviews „Planung, Verwaltung und Einrichtungen“

Die Beurteilung und Exploration der Bedarfe und zukünftigen Entwicklungen durch Experten diente der Vorbereitung der Bedarfsberechnung¹³¹. Für die Durchführung der Expertenbefragung wurden im Zeitraum von Juli bis November 2012 insgesamt 22 persönliche und telefonische Interviews geführt. Die Interviews dauerten im Schnitt circa 44 Minuten und wurden mit Hilfe eines Aufnahmegerätes digital aufgezeichnet. Im Anschluss wurden die Interviewtranskripte unter Verwendung der einschlägigen Computerprogramme MAXQDA und Atlas.ti kodiert und analysiert. Die Auswahl der Experten erfolgte unter Berücksichtigung der für die Altenarbeit und Altenpflege relevanten Handlungsfelder (z. B. kommunale Beratung und Planung, Pflegeeinrichtung, Eingliederungshilfe usw.); mit Unterstützung des Auftraggebers wurden Vertreter der Kostenträger, von Einrichtungen und Diensten und des KVJS sowie aus Politik, (Kommunal-)Verwaltung und Berufs-/Kommunalverbänden ausgewählt und in die Befragung einbezogen.

Die Rekrutierung und der Zugang zu den Interviewpartnern gestaltete sich sehr aufwendig, da die Teilnahme zunächst häufig mit der Begründung, „kein Experte für dieses Thema zu sein“ abgelehnt wurde und teilweise innerhalb der Institution eine Weiterleitung der Anfrage erfolgte. Die Urlaubszeit wirkte sich für die Terminierung der Gespräche zusätzlich erschwerend aus. In den 32 angefragten Institutionen wurden insgesamt 22 Gespräche geführt („Politik, Verwaltung, Verbände“: neun Gespräche; „Einrichtungsträger“: 13 Gespräche). In zehn Fällen konnte kein Gesprächstermin realisiert werden, weil trotz mehrfacher Anfrage keine Rückmeldung erfolgte oder die Teilnahme abgelehnt wurde. Als Begründung für die Nichtteilnahme wurde insbesondere angeführt, dass man sich nicht als Experte für dieses Thema verstehe oder keine Erfahrungswerte zu diesen Berufsgruppen oder zur landesspezifischen Situation in Baden-Württemberg vorlagen.

187

Gegenstand der Befragung war die Exploration und Diskussion des gegenwärtigen und zukünftigen qualitativen und quantitativen nicht-medizinischen akademischen Personalbedarfs in der Altenhilfe und Altenpflege (z. B. Einschätzungen zum Qualifikationsprofil, zur Entwicklung von Handlungsfeldern und zur Finanzierung) sowie zu eigenen Erfahrungen bei der Auswahl und Einstellung nicht-medizinischer akademischer Fachkräfte. Außerdem wurden die Experten um eine Einschätzung des quantitativen Bedarfs gebeten (Anzahl des gegenwärtig eingesetzten akademischen Personals, Einschätzung zur zukünftigen quantitativen Entwicklung) und um eine allgemeine Bewertung gebeten (Chancen und Nutzen sowie Barrieren und Grenzen für den Einsatz nicht-medizinischer akademischer Fachkräfte).¹³²

¹³¹ Ursprünglich war vorgesehen, die Experten bereits mit Ergebnissen der Bedarfsberechnung und somit mit Kennzahlen zum akademischen Personalbedarf zu konfrontieren. Von dieser Vorgehensweise musste im Projektverlauf Abstand genommen werden, da sich die Datenlage für die Bedarfsberechnung mangelhaft darstellte (vgl. ausführliche Darstellung in Kap. 8). Eine Evaluation der Kennzahlen durch die Experten, das heißt die Ermittlung von Vorschlägen zur Anpassung der Kennzahlen, konnte somit nicht realisiert werden. Ergänzend wurde ein Expertenworkshop durchgeführt, an dem Vertreter kommunaler Verbände, aus Einrichtungen und Trägerverbänden, aus einem Ministerium sowie der Hochschulen beteiligt wurden. Ziel war es, ausgewählte Teil- und Zwischenergebnisse zu präsentieren und diese – mit Blick auf die Herausforderungen, die sich für die Bedarfsberechnung abzeichneten – gemeinsam zu diskutieren.

¹³² Der vollständige Gesprächsleitfaden ist im Anhang hinterlegt.



Das eigene Tätigkeitsfeld der Befragten aus den Bereichen „Politik, Verwaltung, Verbände“ kann nach der jeweiligen beruflichen Wirkungsebene differenziert werden, in die kommunale Ebene sowie überregionale Tätigkeitsfelder in den Kommunal- und Berufsverbänden und der Landes- und Kommunalpolitik (im Folgenden: kommunale und überregionale Perspektive). Befragte, die auf der kommunalen Ebene tätig sind, befassen sich insbesondere mit Planungs-, Koordinations- und Beratungsaufgaben in der Altenhilfe. Auf der überregionalen Ebene der Kommunal- und Berufsverbände erstreckt sich das Tätigkeitsspektrum der Interviewpartner auf verschiedene Bereiche: Sozialplanung, Förderung und Beratung von Einrichtungen und Kommunen, Pflegesatzverhandlungen für Einrichtungen, Zuständigkeit für den Themenbereich „Soziales“ (inkl. Altenhilfe, Pflege), Rechts-/Organisationsberatung und Vertretung in politischen Gremien, Vorstandsaufgaben sowie freiberufliche und Lehrtätigkeiten (z. B. Physiotherapie, Pflege) (vgl. folgende Übersicht).

Die Befragten aus den Bereichen „Politik, Verwaltung, Verbänden“ haben somit Einblick in verschiedene Handlungs- und Tätigkeitsfelder der Altenhilfe und Altenpflege, wobei Schwerpunkte in der Beratung, Planung, Koordination, Pflege und Lehre bestehen. Kennzeichnend für diese Gruppe ist, dass sie in dem Sinne selbst überwiegend keine Anstellungsträger für nicht-medizinische akademische Fachkräfte sind, sondern vielmehr selbst in diese berufliche Kategorie eingeordnet werden können. Auch die Befragten aus dem Bereich „Einrichtungsträger“ gehören interessanterweise selbst zu der Gruppe der akademisch ausgebildeten nicht-medizinischen Fachkräfte, fungieren jedoch im Gegensatz zu der anderen Experten-
gruppe explizit als Anstellungsträger. Eine Besonderheit ist jedoch, dass Einrichtungsleiter innerhalb einer Einrichtung oftmals als einzige Person über die entsprechenden akademischen Qualifikationen verfügen. Informationen über die für diese Untersuchung relevanten Berufsgruppen wurden von allen Befragten vor dem Hintergrund ihrer täglichen Arbeitsbezüge abgeleitet.

Übersicht: Eigene Tätigkeits- und Themenfelder der Befragten

| kommunale Ebene (Landkreis) | überregionale Ebene (Kommunal-/Berufsverbände, Landes-/Kommunalpolitik) | Einrichtungen | Träger |
|--|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Altenhilfefachberatung und -planung (Strukturarbeit); • Planung- und Koordinierung der Aufgaben u. a. von Pflegeheimen und Pflegediensten | <ul style="list-style-type: none"> • Sozialplanung: Schwerpunkt Wohnen im Alter (betreutes Wohnen) • Förderung und Beratung von Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe sowie von Kommunen usw. • Vergütung, Entgelte, Vertragswesen: Pflegesatzverhandlungen • Altenhilfe, Pflege, Krankenpflege, Kinder- und Jugendhilfe, Sozialhilfe, SGB II; • Rechts- und Organisationsberatung und Vertretung in den politischen Gremien • Weiterentwicklung, Fachkräftemangel, Modellstudiengänge • Vorstandsarbeit • freiberufliche Tätigkeit (Pflege, Physiotherapie); • Lehraufträge (Berufsfachschule; (Fach-) Hochschule) | <ul style="list-style-type: none"> • Organisationsentwicklung • Verwaltung • Personalplanung • Pflegeplanung • Management • Struktur- und Ablauforganisation • Netzwerkarbeit • Hygienemanagement | <ul style="list-style-type: none"> • Organisationsentwicklung • Verwaltung • Marketing • Personalentwicklung, Personalplanung • Personalaus- und Weiterbildung • Strategisches Management • Qualitätsmanagement • Gremienarbeit (zum Beispiel in Pflegesatzkommissionen) • Beratung • Begutachtung • Qualitätssicherung |



12.2 Interviewleitfaden: Kosten- und Einrichtungsträger, Politik, (Kommunal-) Verwaltung und Berufs-/Kommunalverbände

1) Einschätzung qualitativer Aspekte des zukünftigen nicht-medizinischen akademischen Fachkräftebedarfs in der Altenarbeit, -hilfe und -pflege

a. Tätigkeitsfelder

1. Können Sie mir kurz Ihr aktuelles Tätigkeitsfeld beschreiben?
2. Was sind aus Ihrer Sicht Tätigkeitsfelder in der Altenarbeit, -hilfe und -pflege, in denen gegenwärtig Fachkräfte mit (Fach-)Hochschulabschluss eingesetzt werden?

b. Qualifikationsprofil – gegenwärtige Bedarfsschwerpunkte

3. Welche Qualifikation besitzen Fachkräfte mit (Fach-)Hochschulabschluss gegenwärtig in diesen Tätigkeitsfeldern?
4. Welche berufliche (Aus-)Bildung weisen Fachkräfte mit (Fach-)Hochschulabschluss gegenwärtig auf (jetzige Stelleninhaber)?
5. Welche Aufgaben/Tätigkeiten nehmen Fachkräfte mit (Fach-)Hochschulabschluss Ihrer Meinung nach gegenwärtig wahr?

c. Qualifikationsprofil - zukünftige Bedarfsschwerpunkte

6. Welche Fachkräfte werden Ihrer Meinung nach in den nächsten zehn Jahren in diesen Tätigkeitsfeldern benötigt? Bitte begründen Sie Ihre Einschätzung!

d. Mitarbeitergewinnung

7. Wie gestaltet sich Ihrer Meinung nach gegenwärtig die Gewinnung von Fachkräften mit (Fach-)Hochschulabschluss in den von Ihnen genannten Tätigkeitsfeldern in der Altenarbeit, -hilfe und -pflege?
8. Welche Fachkräfte mit (Fach-)Hochschulabschluss werden Ihrer Meinung nach in den von Ihnen genannten Tätigkeitsfeldern in der Altenarbeit, -hilfe und -pflege gegenwärtig gesucht (Stellenanzeigen)?



e. finanzielle Rahmenbedingungen

9. Welche finanziellen Mittel stehen Ihrer Meinung nach gegenwärtig für die Beschäftigung von Fachkräften mit (Fach-)Hochschulabschluss in den von Ihnen genannten Tätigkeitsfeldern in der Altenarbeit, -hilfe und -pflege zur Verfügung?
10. Welche finanziellen Mittel stehen Ihrer Meinung nach in den nächsten zehn Jahren für die Beschäftigung von Fachkräften mit (Fach-)Hochschulabschluss in den von Ihnen genannten Tätigkeitsfeldern in der Altenarbeit, -hilfe und -pflege zur Verfügung? Bitte begründen Sie Ihre Einschätzung!

2) Einschätzung quantitativer Aspekte des zukünftigen nicht-medizinischen akademischen Fachkräftebedarfs in der Altenarbeit, -hilfe und -pflege

11. Wie viele Fachkräfte mit (Fach-)Hochschulabschluss werden in den von Ihnen genannten Tätigkeitsfeldern in der Altenarbeit, -hilfe und -pflege gegenwärtig für wie viele Personen/Patienten eingesetzt?
12. Werden Ihrer Meinung nach gegenwärtig genügend Fachkräfte mit (Fach-)Hochschulabschluss in den von Ihnen genannten Tätigkeitsfeldern in der Altenarbeit, -hilfe und -pflege eingesetzt?

191

3) Allgemeine Bewertung

13. Wo sehen Sie Chancen und Nutzen für den Einsatz von Fachkräften mit (Fach-)Hochschulabschluss in den von Ihnen genannten Tätigkeitsfeldern der Altenarbeit, -hilfe und -pflege?
14. Was sind aus Ihrer Sicht förderliche Rahmenbedingungen?
15. Wo sehen Sie Grenzen und Barrieren für den Einsatz von Fachkräften mit (Fach-)Hochschulabschluss in den von Ihnen genannten Tätigkeitsfeldern in der Altenarbeit, -hilfe und -pflege?
16. Was sind aus Ihrer Sicht hemmende Faktoren?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!



12.3 Studiengänge in Baden-Württemberg: Fachsuche über den Hochschulkompass

<http://www.hochschulkompass.de/studium/suche/profisuche.html> (Zugriff: 23.11.2012)

Methodik:

- Internetrecherche von Bachelor- und Masterstudiengängen, die eine Berufsperspektive im Bereich der Altenarbeit, Altenhilfe und Altenpflege eröffnen;
- telefonische Expertenbefragung von Studiengangsleitungen;
- Befragung der Immatrikulationsämter anhand eines Kurzfragebogens.

Die Auswahl der Studiengänge, die für die Berufsfelder Altenhilfe, Altenpflege und Altenarbeit qualifizieren, erfolgte über zwei Datenbanken:

1. Hochschullandkarte des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg¹³³
2. Hochschulkompass¹³⁴ der Hochschulrektorenkonferenz

Folgende Auswahl- und Suchkriterien sind über die Datenbank des Hochschulkompasses möglich:

- Studientyp (grundständig, weiterführend, beides)
- Fachsuche (bzgl. Studiengangbezeichnung, Sachgebiete, Schwerpunkte)
- geographische Merkmale (Studienort, Postleitzahl, Umkreis in Kilometer, Bundesland)
- Studienmerkmale (Abschluss, internationale Abschlussmöglichkeit, Lehramt für bestimmte Schulform, Studienformen, Hauptunterrichtssprache, Zulassungsmodus, Zulassungsemester, Akkreditierung, Mastertyp)
- Studieren ohne Abitur (möglich? Berufliche Qualifikation)
- Sachgebiet (alphabetisch, gruppiert)
- Hochschulmerkmale (Hochschulname, Hochschultyp mit und ohne Promotionsrecht, Trägerschaft)

192

Für die Recherche nach relevanten Studienangeboten wurde zunächst die Grundgesamtheit der Studienangebote in Baden-Württemberg ermittelt. Es wurden zwei Filtervariablen eingegeben (Studientyp = beides, Bundesland: Baden-Württemberg).

Methodisches Vorgehen zu 1. :

Nach der Wahl einer Hochschule konnten weiterführende Auskünfte auf der Seite des Wissenschaftsministeriums als auch auf den hochschuleigenen Internetseiten erhoben werden. Zur Informationsgewinnung, bezüglich der Fragestellung, lag das Hauptaugenmerk auf einer Schwerpunktsetzung im Bereich Alter, Altern und Gerontologie. Im ersten Schritt fanden alle in Frage kommenden Angebote Berücksichtigung, da das Ziel die Erstellung einer Übersicht über die entsprechenden Ausbildungsangebote im Bereich Altenhilfe, Altenpflege und Altenarbeit in Baden-Württemberg war.

Im Rahmen weiterführender Recherchearbeiten erfolgte die genauere Betrachtung der ausgewählten Studiengänge. Ein Großteil der in Frage kommenden Bachelor- und Masterprogramme verfügt über Modulhandbücher, die einen Rückschluss auf die Relevanz der The-

¹³³ <http://mwk.baden-wuerttemberg.de/hochschulen/hochschulkarte/>

¹³⁴ <http://www.hochschulkompass.de/studium/suche/profisuche.html>



men Altenpflege, Altenhilfe und Gerontologie zulassen. Anhand dieser Analyse fand der Ausschluss einiger Studienangebote statt.

Methodisches Vorgehen zu 2.:

Nach der Ermittlung der Grundgesamtheit aller Studienangebote wurde nach 15 gruppierten Sachgebieten (siehe Anhang) gefiltert. Als Auswahlkriterien dienten nicht-medizinische Studiengänge in den folgenden Sachgebieten:

- Gesundheitswissenschaften
- Sozialwissenschaften
- Psychologie
- Sport
- Haushaltswissenschaften
- Ernährungswissenschaften
- Pädagogik und Bildung
- Wirtschaftswissenschaften
- Rechtswissenschaften
- Politikwissenschaften
- Theologie
- Raumplanung
- Technik
- Informatik
- Kunst und Musik (Suchbegriffe: Kunsttherapie, Musiktherapie)
- Stichwortsuche: Ethik

193

In diesen Fachrichtungen wurden alle Studiengänge nach Relevanz für das Themenfeld Altenarbeit, Altenhilfe und Altenpflege durchgesehen.



12.4 Studiengänge in Baden-Württemberg: Fachsuche über den Hochschulkompass

<http://www.hochschulkompass.de/studium/suche/profisuche.html> (Zugriff: 23.11.2012)

| | Sachgebiete | N Mehrfach- nennungen | N ohne Duplikate | Einschluss |
|----|-----------------------------------|-----------------------------|---------------------|------------|
| 1 | Gesundheitswissenschaften | 70 | 68 | 48 |
| 2 | Ernährungswissenschaften | 12 | 6 | 2 |
| 3 | Haushaltswissenschaften | 6 | 6 | 0 |
| 4 | Sozialwissenschaften, allgemeine | 67 | 65 | 36 |
| 5 | Raumplanung | 5 | 5 | 0 |
| 6 | Technik, allgemein | 25 | 25 | 0 |
| 7 | Psychologie, allgemeine | 34 | 32 | 4 |
| 8 | Politikwissenschaften | 52 | 46 | 0 |
| 9 | Rechtswissenschaften | 36 | 35 | 0 |
| 10 | Wirtschaftswissenschaften | 406 | 363 | 10 |
| 11 | Theologie | 62 | 57 | 7 |
| 12 | Kunst | 34 | 31 | 0 |
| 13 | Stichwortsuche Musiktherapie | 2 | 2 | 2 |
| 14 | Medizin (Prüfvariable) | 24 | 19 | 0 |
| 15 | Pädagogik und Bildung, allgemeine | 518 | 410 | 3 |
| 16 | Sport, allgemeiner | 39 | 12 | 3 |
| 17 | Informatik | 167 | 135 | 10 |
| 18 | Stichwortsuche Ethik | 26 | 2 | 1 |
| | Gesamt | 1585 | 1319 | 126 |

194

Sachgebiete gruppiert (**Fettdruck** = einbezogene Sachgebiete, Mehrfachnennungen möglich):

- Agrar-, Forst-, Haushalts- und Ernährungswissenschaften
 - Agrarwissenschaft
 - **Ernährungswissenschaften (N=12)**
 - Forstwissenschaft
 - Gartenbau
 - **Haushaltswissenschaften (N=6)**
 - Lebensmitteltechnologie
 - Wasserwissenschaften
- **Gesundheitswissenschaften, Medizin (N=167)**
 - **Gesundheitswissenschaften (N=70)**
 - **Medizin (N=24, Prüfvariable)**
 - **Psychologie, allgemeine (N=34)**
 - **Sport, allgemeiner (N=39)**
- Ingenieurwissenschaften
 - Architektur, allgemeine
 - Bauingenieurwesen, allgemeines



- Bergbau, allgemeiner
- Drucktechnik
- Elektrotechnik, allgemeine
- Fahrzeug- und Verkehrstechnik
- Hüttenwesen
- Maschinenbau, allgemein
- Meerestechnik
- **Raumplanung (N=5)**
- **Technik, allgemein (N=25)**
- Umwelttechnik
- Verfahrenstechnik / Chemieingenieurwesen
- Vermessungswesen, allgemeines
- Werkstofftechnologie / Materialwissenschaft
- Kunst, Musik
 - Bühnenbild
 - Gestaltung, allgemeine
 - **Kunst (N=34)**
 - Musik
 - Schauspiel / Film / Fernsehen
- Mathematik, Naturwissenschaften
 - Biologie, allgemeine
 - Chemie, allgemeine
 - Geowissenschaften, allgemeine
 - **Informatik (N=167)**
 - Mathematik
 - Pharmazie, allgemeine
 - Physik
- Rechts-, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
- **Politikwissenschaften (N=52)**
- **Rechtswissenschaften (N=36)**
- Regionalwissenschaften und Länderstudien
- **Sozialwissenschaften, allgemeine (N=67)**
- **Wirtschaftswissenschaften (N=406)**
- Sprach- und Kulturwissenschaften
 - Altertumswissenschaften
 - Anglistik, allgemeine
 - Archiv / Bibliothek / Dokumentation
 - Germanistik
 - Geschichtswissenschaft
 - Judaistik, allgemeine
 - Kulturwissenschaft
 - Kunst und Musik
 - Medienwissenschaft
 - **Pädagogik und Bildung, allgemeine (N=518)**
 - Philosophie, allgemeine
 - Romanistik
 - Slawistik



- Sprachen und Literaturen, ältere europäische
- Sprachen und Literaturen, außereuropäische
- Sprachen und Literaturen, kleinere europäische
- Sprach- und Literaturwissenschaften
- **Theologie, allgemeine (N=62)**

12.5 Eingeschlossene Studienangebote an den Hochschulen in Baden-Württemberg Befragung der Studiengangsleitungen

| Nr. | Studienfach | Hochschule | Ort | Typ | Ab- schluss | Studien- gangs- leitungen | Immatri- kulations- ämter |
|-----|--|--|--------------------------------|---|--|---------------------------------|---------------------------------|
| | | | | grundständig (1), weiterfüh- rend (2) | Bachelor (1) Master (2), Sonstiges (3) | Teilnahme ja (1), nein (2) | Teilnahme ja (1), nein (2) |
| 1 | Angewandte Ethik im Gesundheits- und Sozialwesen | Katholische Hochschule Freiburg | Freiburg | 2 | 2 | 2 | - |
| 2 | Angewandte Gesundheitswissenschaften | Duale Hochschule Baden-Württemberg | Stuttgart | 1 | 1 | 2 | - |
| 3 | Arztassistent/-in (Physician Assistant) | Duale Hochschule Baden-Württemberg | Karlsruhe | 1 | 1 | 2 | - |
| 4 | Berufspädagogik im Gesundheitswesen | Katholische Hochschule Freiburg | Freiburg | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 5 | Betriebswirtschaft und Sozialmanagement | Hochschule Heilbronn | Künzelsau | 1 | 1 | 2 | - |
| 6 | Bewegung und Ernährung | Pädagogische Hochschule Weingarten | Weingarten | 1 | 1 | 2 | - |
| 7 | Business Management - Health Care Management | Duale Hochschule Baden-Württemberg | Lörrach | 2 | 2 | 2 | - |
| 8 | BWL – Demografiemanagement | Duale Hochschule Baden-Württemberg | Villingen-Schwenningen | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 9 | BWL – Gesundheitsmanagement | Duale Hochschule Baden-Württemberg | Bad Mergentheim, Lörrach, u.a. | 1 | 1 | 2 | - |
| 10 | Ernährungsmanagement und Diätetik | Universität Hohenheim | Stuttgart | 1 | 1 | 2 | - |
| 11 | Erwachsenenbildung/Weiterbildung | Pädagogische Hochschule Schwäbisch-Gmünd | Schwäbisch-Gmünd | 1 | 2 | 2 | 2 |
| 12 | Erziehungswissenschaft | Pädagogische Hochschule Freiburg | Freiburg | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 13 | Gesundheit und Gesellschaft (Care) | Universität Heidelberg | Heidelberg | 1 | 3 ¹³⁵ | 1 | 2 |
| 14 | Gesundheitsförderung | Pädagogische Hochschule Heidelberg | Heidelberg | 1 | 3 ¹³⁶ | 2 | - |

¹³⁵ Lehramt an beruflichen Schulen

¹³⁶ Bakkalaureus (BA)



198

| Nr. | Studienfach | Hochschule | Ort | Typ | Ab- schluss | Studien- gangs- leitungen | Immatri- kulations- ämter |
|-----|---|---|---------------------|---|--|---------------------------------|---------------------------------|
| | | | | grundständig (1), weiterfüh- rend (2) | Bachelor (1) Master (2), Sonstiges (3) | Teilnahme ja (1), nein (2) | Teilnahme ja (1), nein (2) |
| 15 | Gesundheits- förderung | Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd | Schwäbisch Gmünd | 1 | 1 | 2 | - |
| 16 | Gesundheits- management | Hochschule Aalen | Aalen | 1 | 1 | 2 | - |
| 17 | Gesundheits- management | SRH Fern- Hochschule Riedlingen | Riedlingen | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 18 | Health Care Management | SRH Fern- Hochschule Riedlingen | Riedlingen | 2 | 2 | 2 | - |
| 19 | Sozialmanage- ment | SRH Fernhoch- schule Riedlin- gen | Riedlingen | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 20 | BWL- Gesundheits- management mit Schwer- punkt Gesund- heit, Pflege, Rehabilitation | Duale Hoch- schule Baden- Württemberg | Ravensburg | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 21 | Gesundheits- ökonomie | Hochschule Ravensburg- Weingarten | Weingarten | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 22 | Gesundheits- pädagogik | Pädagogische Hochschule Freiburg | Freiburg | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 23 | Gesundheits- pädagogik | Pädagogische Hochschule Freiburg | Freiburg | 2 | 2 | 1 | 2 |
| 24 | Informations- management im Gesundheits- wesen | Hochschule Ulm, für Tech- nik, Informatik und Medien | Ulm/ Neu-Ulm | 1 | 1 | 2 | - |
| 25 | Integrierte Ger- ontologie onli- ne | Universität Stuttgart | Stuttgart | 2 | 2 | 1 | - |
| 26 | Interprofessio- nelle Gesund- heits- versorgung | Universität Heidelberg | Heidelberg | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 27 | Interprofessio- nelle Gesund- heits- versorgung | DHBW Heiden- heim | Heidenheim | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 28 | Management im Gesundheits- wesen | Katholische Hochschule Freiburg | Freiburg | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 29 | Management im Sozial- und Gesundheits- wesen | Hochschule Ravensburg- Weingarten | Weingarten | 2 | 2 | 2 | 1 |
| 30 | Medizininforma- tik | Universität Tübingen | Tübingen | 1 | 1 | 2 | - |



| Nr. | Studienfach | Hochschule | Ort | Typ | Ab- schluss | Studien- gangs- leitungen | Immatri- kulations- ämter |
|-----|---|---|-----------------------|---|--|---------------------------------|---------------------------------|
| | | | | grundständig (1), weiterfüh- rend (2) | Bachelor (1) Master (2), Sonstiges (3) | Teilnahme ja (1), nein (2) | Teilnahme ja (1), nein (2) |
| 31 | Medizinische Dokumentation und Informatik | Hochschule Ulm | Ulm | 1 | 1 | 2 | - |
| 32 | Medizinische Informatik | DHBW Heidenheim/ Karlsruhe | Heidenheim/ Karlsruhe | 1 | 1 | 2 | - |
| 33 | Medizintechnik | Hochschule für Technik, Wirtschaft und Medien | Offenburg | 1 | 1 | 2 | - |
| 34 | Musiktherapie | SRH Hochschule Heidelberg | Heidelberg | 1 | 1 | 2 | - |
| 35 | Musiktherapie | SRH Hochschule Heidelberg | Heidelberg | 2 | 2 | 2 | - |
| 36 | Palliative Care online | Universität Freiburg | Freiburg | 2 | 2 | 1 | - |
| 37 | Pflege | Evangelische Hochschule Freiburg | Freiburg | 1 | 1 | 2 | - |
| 38 | Pflege | Katholische Hochschule Freiburg | Freiburg | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 39 | Pflege | Hochschule Ravensburg-Weingarten | Weingarten | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 40 | Pflege/Pflegemanagement | Hochschule Esslingen | Esslingen | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 41 | Pflegepädagogik | Hochschule Esslingen | Esslingen | 1 | 1 | 1 | - |
| 42 | Pflegewissenschaft | Universität Freiburg im Breisgau | Freiburg | 1 | 1 | 1 | - |
| 43 | Physiotherapie | SRH Hochschule Heidelberg | Heidelberg | 1 | 1 | 2 | - |
| 44 | Soziale Arbeit | SRH Hochschule Heidelberg | Heidelberg | 1 | 1 | 1 | - |
| 45 | Soziale Arbeit | Hochschule Esslingen | Esslingen | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 46 | Soziale Arbeit | Hochschule Esslingen | Esslingen | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 47 | Soziale Arbeit | Evangelische Hochschule Freiburg | Freiburg | 1 | 1 | 1 | - |
| 48 | Soziale Arbeit | Evangelische Hochschule Freiburg | Freiburg | 2 | 2 | 1 | - |



200

| Nr. | Studienfach | Hochschule | Ort | Typ | Ab- schluss | Studien- gangs- leitungen | Immatri- kulations- ämter |
|-----|--|---|----------------------------|---|--|---------------------------------|---------------------------------|
| | | | | grundständig (1), weiterfüh- rend (2) | Bachelor (1) Master (2), Sonstiges (3) | Teilnahme ja (1), nein (2) | Teilnahme ja (1), nein (2) |
| 49 | Soziale Arbeit | Evangelische Hochschule Ludwigsburg | Ludwigsburg | 1 | 1 | 2 | - |
| 50 | Soziale Arbeit | Evangelische Hochschule Ludwigsburg | Ludwigsburg | 2 | 2 | 2 | - |
| 51 | Soziale Arbeit | Hochschule Mannheim | Mannheim | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 52 | Soziale Arbeit | Hochschule Mannheim | Mannheim | 2 | 2 | 1 | 2 |
| 53 | Soziale Arbeit – Bildung und Beruf | Duale Hoch- schule Baden- Württemberg | Villingen- Schwenningen | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 54 | Soziale Arbeit - Netzwerk und Sozialraum- arbeit | Duale Hoch- schule Baden- Württemberg | Villingen- Schwenningen | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 55 | Soziale Arbeit – Soziale Arbeit im Gesund- heitswesen / Altenarbeit | Duale Hoch- schule Baden- Württemberg | Villingen- Schwenningen | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 56 | Soziale Arbeit – Soziale Arbeit in Pflege und Rehabilitation | Duale Hoch- schule Baden- Württemberg | Stuttgart | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 57 | Soziale Arbeit – Soziale Arbeit mit älteren Menschen und bürgerschaftli- ches Engage- ment | Duale Hoch- schule Baden- Württemberg | Heidenheim | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 58 | Soziale Arbeit – Sozialmanage- ment | Duale Hoch- schule Baden- Württemberg | Heidenheim | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 59 | Soziale Arbeit mit Schwer- punkt: Entwick- lungsverlauf | Hochschule Ravensburg- Weingarten | Ravensburg-- Weingarten | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 60 | Sozialwirtschaft | Duale Hoch- schule Baden- Württemberg | Villingen- Schwenningen | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 61 | Soziologie | Universität Tübingen | Tübingen | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 62 | Soziologie | Universität Tübingen | Tübingen | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 63 | Sport - Ge- sundheit - Frei- zeit | Pädagogische Hochschule Karlsruhe | Karlsruhe | 1 | 1 | 2 | - |



| Nr. | Studienfach | Hochschule | Ort | Typ | Ab- schluss | Studien- gangs- leitungen | Immatri- kulations- ämter |
|-----|---|---|------------|---|--|---------------------------------|---------------------------------|
| | | | | grundständig (1), weiterfüh- rend (2) | Bachelor (1) Master (2), Sonstiges (3) | Teilnahme ja (1), nein (2) | Teilnahme ja (1), nein (2) |
| 64 | Sportwissen- schaft mit dem Profil Gesund- heitsförderung | Universität Tübingen | Tübingen | 2 | 2 | 2 | - |
| 65 | Sportwissen- schaft mit Schwerpunkt Prävention und Rehabilitation | Universität Heidelberg | Heidelberg | 1 | 1 | 2 | - |
| 66 | Pflege- pädagogik | Hochschule Ravensburg- Weingarten | Weingarten | 1 | 1 | 1 | 1 |



12.6 Interviewleitfaden: Studiengangsleitung

1. Informationen und Einschätzung zu Nachfrage und Auslastung der Studiengänge

- Aus welchen praktischen Tätigkeitsfeldern kommen in der Regel Ihre Studienbewerber?
- Ist in den letzten Jahren eine Entwicklung der Einschreibungszahlen erkennbar?
- Wie wird sich die Nachfrage nach Studienplätzen ihrer Meinung nach in den nächsten zehn Jahren entwickeln?
- Welche Kriterien sind für Ihre Einschätzung maßgeblich?
- Inwieweit hat sich die Anzahl der Studienplätze in den letzten Jahren verändert?
- Wie wird sich die Anzahl der Studienplätze Ihrer Meinung nach in den nächsten zehn Jahren verändern?
- In welche Tätigkeitsfelder gehen die Absolventen, die ein in das Studium integriertes Praktikum absolvieren?
- Ist ein weiterer Ausbau des sozialwissenschaftlichen/pflegewissenschaftlichen Studienangebots in den kommenden Jahren an Ihrer Hochschule vorgesehen?
- Kennen Sie häufige Gründe für den Studienabbruch?
- In welche Berufsfelder wechseln die Abbrecher?

202

2. Absolventenzahlen

- Wie viel Prozent der Absolventen gehen sofort in die Praxis und wie viele studieren in einem Masterprogramm weiter?

3. Berufsperspektiven und Verbleibt der Absolventen

- Welches sind die drei häufigsten Branchen, in denen die Absolventen nach Ende Ihres Studiums tätig werden?
- Verbleiben die Absolventen in Baden-Württemberg?
- Ist eine Wanderungsbewegung in andere Bundesländer oder in die Schweiz erkennbar?
- Werden die Absolventen in Leitungspositionen eingesetzt?



- Ist eine ausreichend große Anzahl von potenziellen Arbeitgebern im Bereich Altenhilfe, Altenarbeit und Altenpflege für die Absolventen der Studiengänge vorhanden?
- Ist ein Ausbau von derartigen Stellen erkennbar?
- Wechseln Studierende, die das Studium als Weiterbildungsmöglichkeit nutzen, nach dem erfolgreichen Abschluss ihren Arbeitsplatz oder bleiben sie in der bisherigen Position?

4. Entwicklungsperspektiven

- Welche Schwerpunktsetzungen sind für die kommenden Jahre im Studiengang geplant?
- Sind neue Studiengänge, die für die Altenhilfe, Altenarbeit und Altenpflege qualifizieren, in Planung?



12.7 Fragebogen zur Erhebung des akademischen Fachkräftebedarfs in der Altenarbeit, Altenhilfe und Altenpflege in Baden-Württemberg (Befragung der Immatrikulationsämter)

Informationen und Einschätzungen zu Nachfrage und Auslastung der Studiengänge

1. In welchem Jahr wurde ihr Studiengang eröffnet?
2. Können derzeit alle verfügbaren Studienplätze vergeben werden?
3. Wie ist die Relation von verfügbaren Studienplätzen gegenüber der Nachfrage?
4. Wie hoch ist die Abbruchquote pro Studienjahr?

Absolventenzahlen

5. Wie viele Studierende beenden pro Jahr das Studium erfolgreich?
6. Welche Entwicklungen sind in den letzten Jahren bei den Absolventenzahlen zu verzeichnen?



12.8 Absolventenverbleib am Beispiel von zwei gerontologischen Studiengängen an der Technischen Universität Dortmund

1. Der berufsbegleitende Weiterbildungsstudiengang Soziale Gerontologie (bWSG)¹³⁷

Der fünfsemestrige bWSG wurde von 1998 bis 2009 an der Universität Dortmund realisiert und infolge des Bologna-Prozesses und der daraus resultierenden Umstellung auf Bachelor- und Master-Abschlüsse eingestellt. Eine wesentliche Zielsetzung des bWSG bestand darin, in der Altenarbeit, Altenpolitik und/oder Altenplanung Beschäftigte mit Fach-/Hochschulschulbildung für eine leitende Position zu qualifizieren, sie zu befähigen, sich an der Gestaltung des demografischen Wandels zu beteiligen sowie ihnen grundlegende sowie vertiefende Erkenntnisse und Fähigkeiten im Bereich der Sozialen Gerontologie zu vermitteln. Von den insgesamt 70 Absolventen konnten 42 in die Evaluation einbezogen werden.

Zugangsvoraussetzungen Das Studienangebot richtete sich an Personen, die ein einschlägiges, in der Regel gesellschaftswissenschaftliches Studium an einer Hochschule (Universität oder Fachhochschule) abgeschlossen hatten, eine hauptamtliche, nach einer abgeschlossenen Berufsausbildung mindestens dreijährige, berufliche Tätigkeit in einem für die Soziale Gerontologie/Altenpolitik und -arbeit einschlägigen Berufsfeld nachweisen konnten und zum Zeitpunkt der Zulassung in einem für die Soziale Gerontologie/Altenpolitik und -arbeit einschlägigen Berufsfeld tätig waren.

205

Studieninhalte Der bWSG war fächerübergreifend konzipiert. Es wurden Kenntnisse in Sozialer Gerontologie, Sozial- und Politikwissenschaft, Pädagogik, Geragogik, Recht und Wirtschaftswissenschaft vermittelt. Zu den Lehrinhalten zählten zum Beispiel Grundlagen der Sozialen Gerontologie, Grundlagen der praktischen Altenarbeit und -politik, methodisches Handeln in der Altenarbeit und -politik, Methoden der Wissenschaft und Forschung, Seminare zu ausgewählten Themen der Sozialen Gerontologie, Reflexion professionellen Handelns. Außerdem stellten der Praxisbezug sowie die Vermittlung von Schlüsselqualifikationen, wie zum Beispiel Methoden- und Führungskompetenz, wichtige Bausteine dar.

Vorbildung Vor Aufnahme des Studiums lag bei vielen Befragten eine Beschäftigung in folgenden Arbeitsfeldern vor: (teil-)stationäre Altenhilfe/Altenpflege (z. B. Seniorenzentrum, Altenpflegeeinrichtung), medizinisch-sozialer Bereich (z. B. Pflegedienstleitung, Sozialer Dienst, Beratung, psychiatrische Rehabilitation), ambulante Altenhilfe/offene Altenarbeit, Beratung und Planung (z. B. Pflegeberatung, Altenhilfeplanung), Aus-, Fort- und Weiterbildung (z. B. Lehrer für Pflegeberufe, Erwachsenenbildung), Forschung und Lehre und Sonstige (z. B. Frauenzentrum). Bei der Art des Erststudiums waren Sozialpädagogik und Sozialarbeit am häufigsten vertreten. Als Begründung für die Studienwahl wurde von den meisten Absolventen (ca. 85 %; n=42) angegeben, dass sie ihre praktische Erfahrung in relevanten Handlungsfeldern der Altenhilfe und Altenpflege theoretisch fundieren und sich den neuesten Wissensstand aneignen wollten. Auch die Komplexitätszunahme wurde von zwei Drittel der Befragten als Motiv benannt (vgl. folgende Übersicht).

¹³⁷ Die folgenden Angaben sind aus dem Bericht „Evaluation des berufsbegleitenden Weiterbildungsstudiengangs Soziale Gerontologie (bWSG)“ (Bertermann & Franke 2010) entnommen.



Übersicht: Gründe für die Studienwahl

| Studienmotive | Prozent ¹³⁸ |
|---|------------------------|
| Weil ich mir neben der praktischen Erfahrung auch theoretisches Wissen aneignen wollte. | 85,8 |
| Das Studium sollte mich auf den neuesten Stand der Wissenschaft bringen. | 85,7 |
| Weil ich glaubte, dass ein Studium eine wichtige Investition in meine weitere berufliche Zukunft ist. | 76,2 |
| Einfach weil mich das Thema interessiert hat. | 73,8 |
| Weil die fachlichen Anforderungen in diesem immer komplexer werdenden Feld gestiegen sind. | 66,7 |
| Weil es mich dazu befähigen sollte, auf dem Arbeitsmarkt in dem Bereich tätig zu werden, der mich interessiert. | 57,1 |
| Weil ich mir dadurch einen beruflichen Aufstieg innerhalb meiner Tätigkeit erhofft habe. | 54,7 |
| Das Studium sollte mich an die wissenschaftliche Forschung heranführen. | 47,6 |
| Weil ich glaubte, dass mich ein Universitätsstudium besser auf die von mir angestrebte Tätigkeit vorbereiten wird als ein FH-Studium. | 42,8 |
| Um später mehr zu verdienen. | 35,7 |
| Ich habe bereits ehrenamtlich in diesem Bereich gearbeitet und mir durch das Studium die Umwandlung in eine hauptamtliche Stelle erhofft. | 7,2 |

206

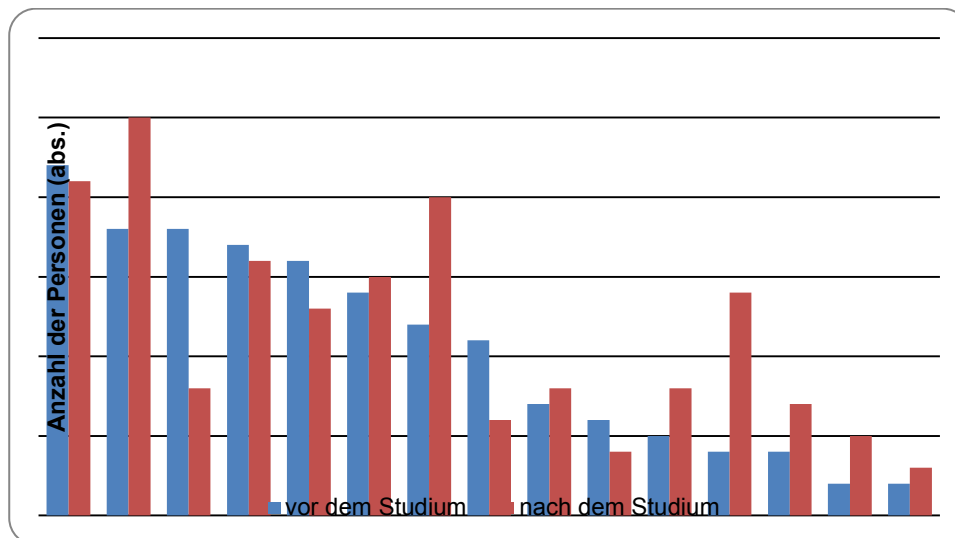
Quelle: Bertermann und Franke 2010, 14; n=42

Auswirkungen des Weiterbildungsstudiengangs auf die berufliche Situation und Beschäftigungsfähigkeit Rund 64 Prozent der Befragten gaben an, dass sich ihr beruflicher Verantwortungsbereich nach dem Weiterbildungsstudium vergrößert habe und sie nun mit anspruchsvolleren Aufgaben betraut werden. Vielen ist ein beruflicher Aufstieg gelungen und die Hälfte der Befragten arbeitete zum Zeitpunkt der Erhebung in ihrem angestrebten Arbeitsfeld. Für circa zwei Drittel der Befragten war eine Erweiterung des beruflichen Aufgabenbereichs und eine Abnahme „praktischer“ Altenarbeit (z. B. Betreuung, Pflege) zugunsten von planerisch-konzeptionellen Aufgaben, Referententätigkeiten und Aufgaben im Bereich der Evaluation festzustellen. Zwölf Personen konnten diesbezüglich keine Veränderung feststellen. Bei den Aufgabenfelder und Verantwortungsbereichen der Absolventen wurden vor und nach dem Studium folgende Veränderungen deutlich (vgl. folgende Abb.).

¹³⁸ Skala von 1 = trifft voll und ganz zu bis 5 = trifft gar nicht zu; Angaben in % summiert für Kategorie 1 und 2

Insgesamt konnte bei den Befragten eine Steigerung des gerontologischen Wissens und eine erhöhte Sensibilität für Altersfragen festgestellt werden. Der überwiegende Anteil der befragten Absolventen sah sich in der Lage, das erworbene Wissen in praktische Handlungszusammenhänge zu überführen und auch empirische Forschungsmethoden anzuwenden. Bezüglich der Verdienstmöglichkeiten konnten rund 45 Prozent der Befragten einen positiven Effekt feststellen.

Abbildung: Aufgabenfelder und Verantwortungsbereiche vor/nach dem Studium



Quelle: Bertermann und Franke 2010, 21; n=42, Mehrfachnennungen

Anregungen für die inhaltliche und strukturelle Gestaltung Die Befragten wurden gebeten, Anregungen für den Weiterbildungsstudiengang zu geben. Folgende inhaltliche Aspekte wurden als bedeutsam erachtet: Vermittlung von Schlüsselkompetenzen (insbesondere fachübergreifendes Denken, argumentieren und diskutieren können, Problemerkennung und analytisches Denken); Theorie-Praxis-Transfer; Vermittlung von Kenntnissen im Bereich Projektentwicklung und -management; Vermittlung von Forschungsmethoden; verstärkte Vermittlung von spezialisiertem Wissen.

Des Weiteren wurden strukturelle Anregungen gegeben: Berücksichtigung des berufsbegleitenden Charakters des Studiengangs im Hinblick auf die Struktur von Studium und Prüfungen; Bedeutung individueller Beratung und Unterstützung sowie kollegialer Praxisberatung, Mentoring, Supervision; Aufklärung der Öffentlichkeit und insbesondere der Politik und Verbände über das Berufsbild (z. B. durch den Aufbau von Netzwerkstrukturen und die Ausweitung von Praxiskontakten).



2. Der Masterstudiengang „Alternde Gesellschaften“ an der Technischen Universität Dortmund¹³⁹

Der Masterstudiengang „Alternde Gesellschaften“ startete im Wintersemester 2010/2011 und kann sowohl in Voll- als auch in Teilzeit absolviert werden. Im Dezember 2012 waren insgesamt 110 Studierende eingeschrieben (davon Frauen: 85). An der Befragung zur Berufsfeldorientierung beteiligten sich 27 Studierende (Rücklauf: 25 %).

Zugangsvoraussetzungen Voraussetzungen zur Aufnahme des Studiums sind ein mindestens sechssemestriger Bachelor-, Magister- oder Diplom-Studiengang einer sozialwissenschaftlichen oder verhaltenswissenschaftlichen Fachrichtung¹⁴⁰, der mindestens mit der Gesamtnote "gut" abgeschlossen wurde, sowie mindestens zehn Leistungspunkte in Methoden empirischer Sozialforschung.

Vorbildung Die Betrachtung der Studienabschlüsse der eingeschriebenen Studierenden (n=110) zeigt, dass sich die Vorerfahrungen der universitären Abschlüsse vor allem auf zwei zentrale Bereiche beschränkt: 69 Prozent der Studierenden haben Abschlüsse im Bereich „Gesundheit, Pflege und Soziales“ erworben, wobei mit 33 Prozent der Absolventen der Bereich der Sozialen Arbeit dominiert. Der zweite größere Themenkomplex „Wirtschaftswissenschaften, Politik und Verwaltung“ umfasst eher Studiengänge mit einer administrativen Ausrichtung (18 %). Hierbei dominieren vor allem die Wirtschaftswissenschaften beziehungsweise Betriebswirtschaftslehre. Der Studiengang Gerontologie (14 %) nimmt dabei in seiner Zuordnung einer Sonderstellung ein, da es sich hierbei um einen interdisziplinären Studiengang handelt, der Inhalte aus beiden großen Themengebieten vereint. Neben diesen finden sich unter den insgesamt 37 erstqualifizierenden Studiengängen jedoch noch weitere Studiengänge wieder, wie beispielsweise Raumplanung, Sprach- und Geschichtswissenschaften (vgl. folgende Abb. 1).

¹³⁹ Für den Masterstudiengang „Alternde Gesellschaften“ wurde im Dezember 2012 eine Kurzevaluation durchgeführt (Hampel 2012).

¹⁴⁰ Dazu zählen beispielsweise Arbeitswissenschaft, Erziehungswissenschaft, Gerontologie, Gesundheitswissenschaft, Marketing, Ökonomie, Pflegewissenschaft, Politikwissenschaft, Psychologie, Rehabilitationswissenschaft, Sozialwissenschaft, Soziale Arbeit, Soziologie, Sportwissenschaft, Volkswirtschaftslehre und Wirtschaftswissenschaft.

Abbildung 1: Vorqualifikationen der Studierenden (nach Fachgebieten und Häufigkeit)

| Gesundheit, Pflege und Soziales | Wirtschaftswissenschaften, Politik und Verwaltung | Sonstige Fachrichtungen |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Soziale Arbeit (28) • Erziehungswissenschaften (14) • Rehabilitationspädagogik (8) • Soziologie (6) • Sozialpädagogik (5) • Sozialwissenschaften (4) • Psychologie (4) • Gesundheitsförderung (2) • Lehramt (3) • Health Communication (2) • Pflegewissenschaften (1) • Allgemeine Pflege (1) • Angewandte Gesundheitswissenschaften (1) • Pflegepädagogik (1) • Public Health (1) • European Public Health (1) • Pädagogik (1) • Ökotrophologie (1) | <ul style="list-style-type: none"> • Wirtschaftswissenschaften (4) • Betriebswirtschaft (3) • Politikwissenschaften (1) • Business Administration (1) • Dienstleistungsmanagement (1) • Management im Gesundheitswesen (1) • Therapie- und Gesundheitsmanagement (1) • Health Administration (1) • Gesundheits- und Pflegemanagement (1) • Sozialmanagement (1) | <ul style="list-style-type: none"> • Geographie (3) • Raumplanung (1) • Design (1) • Anglistik/ Amerikanistik (1) • Germanistik (1) • Philosophie (1) • Geschichtswissenschaften (1) • Kunstgeschichte (1) |
| <div style="background-color: #4a86e8; color: white; padding: 5px; display: inline-block; border-radius: 3px;">Gerontologie</div> | | |

Quelle: Hampel 2012, n=110

Studienmotivation Die Befragten (n=27) stellten folgende Begründungen zu ihrer Studienwahl heraus:

- Aktueller Themenbereich mit hoher gesellschaftlicher Relevanz und großem Handlungsbedarf;
- innovative Auseinandersetzung mit Fragestellungen und möglichen Lösungsansätzen;
- positive Bewertung der Studieninhalte im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Erwerbstätigkeit;
- positive Bewertung der interdisziplinären Ausrichtung zur Bearbeitung komplexer gesamtgesellschaftlicher Herausforderungen in alternden Gesellschaften;
- Möglichkeit der persönlichen Spezialisierung (häufig im Zusammenhang mit der akademischen Vorqualifikation);
- Nutzung des Studiengangs als Ergänzung, Vertiefung und/oder Alternative zur betrieblichen Weiterbildung;
- Vertiefung des Wissens zum Wissenschaft-Praxis-Transfer;
- positive Bewertung der regionalen Verortung aufgrund vielfältiger Praktikumsmöglichkeiten.

Schwerpunktsetzung Im Laufe ihres Studiums wählen die Studierenden einen von drei Studienschwerpunkten. Zum Befragungszeitpunkt hat sich die Mehrzahl bereits für einen Bereich entschieden (n=27, Mehrfachnennungen möglich): „Arbeit, Wirtschaft, Technik“ (n=9), „Bildung, bürgerschaftliches Engagement und Partizipation“ (n=6) und „Gesundheitliche und pflegerische Versorgung im Wohlfahrtsmix“ (n=15).



Anregungen für die inhaltliche und strukturelle Gestaltung Die Studierenden wurden befragt, welche Qualifikationen ihnen für ihren weiteren Berufsweg durch den Studiengang vermittelt werden sollten. Dabei wurde deutlich, dass die Studierenden umfassende Kenntnisse über demografische Entwicklungen und die Veränderungen von Alter und Altern gewinnen wollen. Folgende Qualifikationen und inhaltliche Ausrichtungen wurden als bedeutsam herausgestellt: interdisziplinärer Zugang über Soziologie, Psychologie sowie Sozialpolitik; sozialpolitische und sozialrechtliche Rahmenbedingungen als Handlungsgrundlage beispielsweise im kommunalen Kontext; Vermittlung aktueller Konzepte in den Bereichen Altenhilfe und Altenplanung (Inhalte des Studiums werden somit in direkte Beziehung mit dem späteren Tätigkeitsfeld gestellt); Vermittlung spezialisierten Wissens innerhalb der Studienschwerpunkte (mit dem Ziel der Profilbildung innerhalb zukünftiger Berufsfelder); Befähigung, politische und wirtschaftliche Reformprozesse sowie Konzepte zu verstehen, selbst zu entwickeln und in die Praxis zu überführen; Verständnis von Forschungsmethoden und wissenschaftlichem Arbeiten; Durchführung eigener Forschungsprojekte in der Praxis.

Zum selbstständigen Erkennen und Analysieren von Lebenslagen, Problematiken und zur Entwicklung von Lösungsansätzen in einer alternden Gesellschaft sind laut den Studierenden neben einem fundierten Hintergrundwissen auch Soft Skills wie Moderationstechniken oder Empfehlungen zur Präsentation von Forschungsergebnissen erforderlich. Außerdem sind Einblicke in Wirtschaft und Möglichkeiten zur Selbstständigkeit – im Sinne einer Existenzgründung - sowie Schulungen zur Verbesserung der Leitungskompetenz gefragt. Zukünftig angestrebte Tätigkeitsfelder der Studierenden stellen sich nach Studienschwerpunkten wie folgt dar (vgl. Abb. 2):

Abbildung 2: Zukünftiges angestrebtes Tätigkeitsfeld nach Studienschwerpunkt





12.9 Qualifikationsrahmen

Abbildung: Einheitliche Struktur für die Beschreibung der acht Niveaustufen des DQR-Entwurfs

| <i>Niveauindikator</i> | | | |
|------------------------|--|--|--|
| Anforderungsstruktur | | | |
| <i>Fachkompetenz</i> | | <i>Personale Kompetenz</i> | |
| <i>Wissen</i> | <i>Fertigkeiten</i> | <i>Sozialkompetenz</i> | <i>Selbstkompetenz</i> |
| Tiefe und Breite | Instrumentelle und systemische Fertigkeiten, Beurteilungsfähigkeit | Team-/Führungsfähigkeit, Mitgestaltung und Kommunikation | Selbstständigkeit/ Verantwortung, Reflexivität und Lernkompetenz |

Quelle: AK DQR 2009

Abbildung: Entwurf eines FQR für therapeutische Gesundheitsfachberufe auf Hochschulniveau

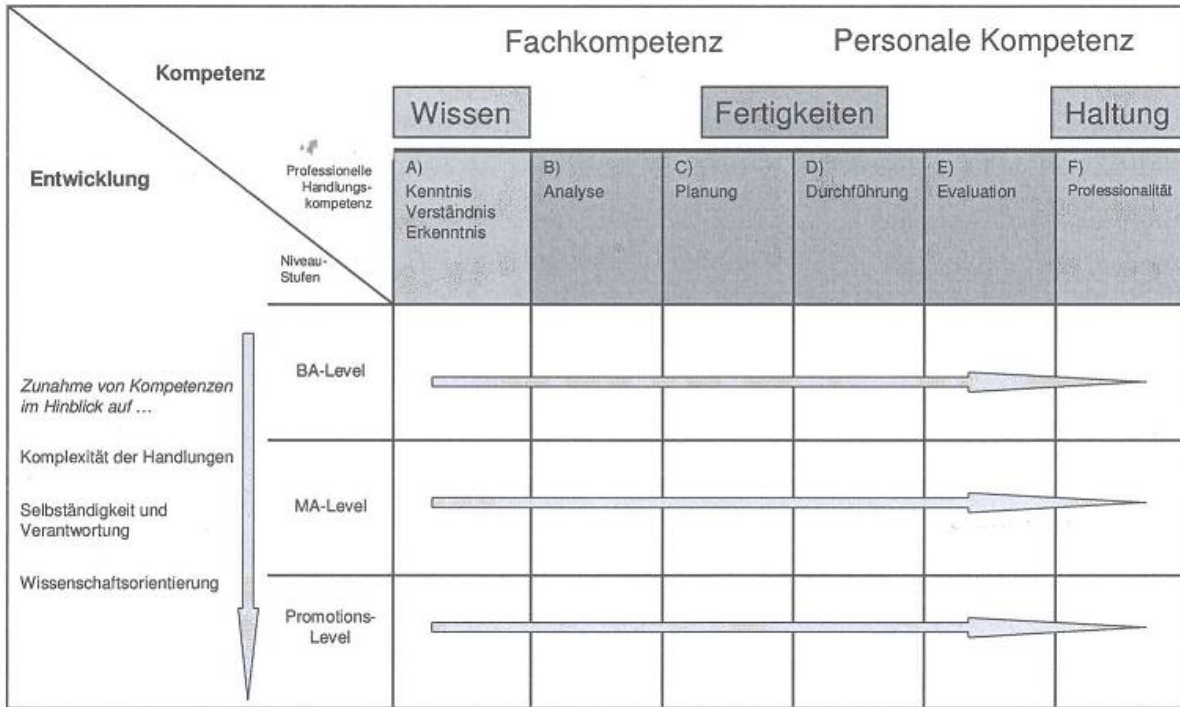
212

| Entwurf FQR therapeutische Gesundheitsfachberufe | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| Kategorien | Aufgabenstellung / Assessment (Bedarfserhebung / Diagnostik / Problemanalyse und -bewertung) | Planung / Konzeption (Entwicklung von Interventionen, Maßnahmen, Programmen, Strategien) | Umsetzung (Berücksichtigung der Kontextfaktoren und Parameter) | Organisation (Sicherstellung von Rahmenbedingungen - gesetzlich, logistisch, interdisziplinär) | Evaluation (Reflexion, Bewertung von Projekten, Konzepten, Studien, Grundlagen der QS) | Forschung und Wissenschaft (Recherche, Entwicklung von Wissenschaft und Forschung) |
| Wissen (Breite und Tiefe) | | | | | | |
| Fertigkeiten (Instrumentelle, systemische Beurteilungsfähigkeit) | | | | | | |
| Sozialkompetenz (Team- / Führungsfähigkeit, Mitgestaltung, Kommunikation) | | | | | | |
| Selbstkompetenz Selbstständigkeit, Verantwortung, Reflexivität, Lernkompetenz | | | | | | |

Bachelor- und Masterniveau ist für die Matrix beschrieben / Entwicklung Niveau 8 steht noch aus

Quelle: Walkenhorst 2012

Abbildung: FQR Pflege für die hochschulische Bildung



März 2013

Herausgeber:

**Kommunalverband für Jugend
und Soziales Baden-Württemberg**

Postfach 10 60 22

70049 Stuttgart

www.kvjs.de

**Geschäftsführung KVJS-Forschung
und Projektleitung**

Heide Trautwein

Telefon: 0711 6375-716

Heide.Trautwein@kvjs.de

**Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V./
Institut für Gerontologie an der TU Dortmund**

Evinger Platz 13

44339 Dortmund

Telefon: 0231 728488-0

orka@post.uni-dortmund.de

Dr. Andrea Kuhlmann

Sarah Lüders

Dr. Annette Franke

Sara Hampel

Prof. Dr. Gerhard Naegele

Dr. Waldemar Schmidt

**Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin
und Gesundheitssystemforschung an der
Medizinischen Hochschule Hannover**

- OE 5410 -

Carl-Neuberg-Straße 1

30625 Hannover

Telefon: 0511 532-8076

Christiane Patzelt

Christiane Pfefferkorn

Prof. Dr. Ulla Walter

Bestellung/Versand:

Petra Wagner

Telefon: 0711 6375-208

Petra.Wagner@kvjs.de



KVJS

Kommunalverband für
Jugend und Soziales
Baden-Württemberg

Postanschrift

Postfach 10 60 22
70049 Stuttgart

Hausadresse

Lindenspürstraße 39
70176 Stuttgart (West)

Tel. 0711 63 75-0
www.kvjs.de