

# Pflege im Wandel gestalten - Eine Führungsaufgabe

Lösungsansätze, Strategien, Chancen

Bearbeitet von

Herausgegeben von: Peter Bechtel, Ingrid Smerdka-Arhelger, und Kathrin Lipp

2., aktualisierte und erweiterte Auflage 2017. Buch inkl. Online-Nutzung. XVII, 299 S. Inkl. eBook.

ISBN 978-3-662-54165-4

Format (B x L): 16.7 x 24.9 cm

Gewicht: 664 g

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Pflege > Pflegeforschung, Management](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

  
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung [beck-shop.de](http://beck-shop.de) ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

# Demografische Herausforderungen

*Stefanie Becker*

- 2.1 Demografischer Wandel: eine mehrfache Herausforderung – 18**
  - 2.1.1 Absolute Anzahl älterer Menschen in der Bevölkerung – 18
  - 2.1.2 Anstieg der Hochaltrigkeit – 19
  - 2.1.3 Veränderung der Generationenverhältnisse – 19
  - 2.1.4 Migration – 19
  - 2.1.5 Generation Y – 20
  - 2.1.6 Bedeutung für das Gesundheitswesen – 20
- 2.2 Zentrale Charakteristika des Wandels in der Pflege – 20**
  - 2.2.1 Veränderungen der Pflegebedürftigkeit: Merkmale der Klientel und Wandel der Anforderungen – 21
  - 2.2.2 Veränderungen der Ausbildungsquoten und Personalstruktur in der Pflege – 24
- 2.3 Zukünftige Führungsaufgaben im Spiegel des demografischen Wandels – 25**
  - Literatur – 25**

Der demografische Wandel in unserer Gesellschaft mit der Umkehrung der Alterspyramide ist eine Erscheinung, die trotz ihrer Vorhersage lange Zeit nicht wirklich ernst genommen wurde. Zwischenzeitlich ist jedoch die zunehmende Bevölkerungsalterung zu einer vielschichtigen und gesundheitspolitisch relevanten Tatsache geworden, die den Versorgungsalltag in der Pflege und Betreuung sowohl im Akut- wie im Langzeitpflegebereich prägt. Der demografische Wandel bringt dabei nicht nur Veränderungen der Charakteristika der Pflegeklientel mit sich (z. B. Multimorbidität und chronische Erkrankungen) und in der Folge auch Veränderungen der Tätigkeitsschwerpunkte (z. B. Qualitätssicherung, Administration), sondern vor allem auch der Mitarbeiterstruktur (z. B. Fachkräfte-/Nachwuchsmangel, ältere Pflegenden, Migrantinnen und Migranten). Die Passung des Anforderungsspektrums und der strukturellen Rahmenbedingungen haben sich dabei ungünstig verschoben. Die Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens stehen damit vor wachsenden Herausforderungen, die veränderte Führungsaufgaben, aber auch Führungsverhalten erfordern.

## 2.1 Demografischer Wandel: eine mehrfache Herausforderung

Die bereits seit 1972 spürbare demografische Entwicklung in den westlichen Ländern ist geprägt durch eine „dreifache Alterung der Bevölkerung“. Einerseits steigt sowohl die absolute Anzahl älterer Menschen durch die steigende Lebenserwartung als auch der relative Anteil im Vergleich zu jüngeren Bevölkerungsanteilen, da die Generationenverhältnisse sich

aufgrund des Geburtenrückgangs verändern. Dies äußert sich in einem steigenden Altersquotienten (► Exkurs „Altersquotient“).

### 2.1.1 Absolute Anzahl älterer Menschen in der Bevölkerung

Der Anteil der über 65-Jährigen an der deutschen Bevölkerung beträgt heute ca. 21,6%, derjenigen über 75 Jahre 11% (Statistisches Bundesamt 2016a). Die entsprechenden Anteile werden sich bis 2050 weiter deutlich erhöhen. Auch das Bundesamt für Statistik der Schweiz erwartet im Trendszenario von 2005 bis 2030 einen Anstieg der über 65-jährigen Bevölkerung je nach Region in Höhe von 20–30%. Die Zahl der über 65-Jährigen in Deutschland hat sich im Verlauf des letzten Jahrhunderts somit vervielfacht. Dabei ist die durchschnittliche Lebenserwartung 60-jähriger Männer seit 1995 von rund 18,1 auf 21,5 Jahre, die der 60-jährigen Frauen von 22,5 im Jahr 1995 auf 25,2 Jahre im Jahr 2015 gestiegen. Ein neugeborener Junge hat somit heute eine Lebenserwartung von etwa 78, ein Mädchen von 84 Jahren (Statistisches Bundesamt Deutschland 2016a). In der Schweiz ist 2010 die Lebenserwartung der Männer sogar erstmals auf über 80 Jahre gestiegen. Sie stieg von 79,8 Jahren im Jahr 2009 auf heute 80,1 Jahre an. Bei den Frauen stieg sie von 84,4 auf 85,2 Jahre (Bundesamt für Statistik 2016). Entsprechend wird nach Hochrechnungen des Statistischen Bundesamtes die Anzahl der über 65-Jährigen in der Schweiz bis ins Jahr 2050 um weitere 7 Mio. Menschen zunehmen. Darüber hinaus hat sich auch die Erwerbsbeteiligung älterer Menschen zwischen 65 und 69 Jahren in der letzten Dekade verdoppelt. Diese Entwicklungen

#### Exkurs

##### Altersquotient

Der Altersquotient weist das Verhältnis der Personen im Rentenalter (in Deutschland derzeit 65 Jahre und älter) zu 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (in Deutschland derzeit 20–64 Jahre) ab. Der Altersquotient lag in Deutschland im Jahr 2014 bei 34,6

über 65-Jährigen je 100 20- bis 64-Jährige und ist damit weiter angestiegen. Dieser Trend wird sich in den kommenden Jahren verstärken, wenn die Babyboom-Jahrgänge (Geburtsjahrgänge etwa Ende der 1950er bis Ende der 1960er Jahre) die Altersgrenze von 65 Jahren

erreichen. Nach der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts („mittlere“ Bevölkerung, Untergrenze) wird der Altersquotient bis 2040 auf 62 und bis 2060 auf 67 ansteigen.

werden, so die Prognosen, auch die nächsten Jahrzehnte noch anhalten.

### 2.1.2 Anstieg der Hochaltrigkeit

Die beschriebene Entwicklung der Lebenserwartung, die vor allem durch den medizinischen, hygienischen und ernährungsbezogenen Fortschritt der letzten 100 Jahre erklärt wird, bedingt in der Folge auch eine steigende Zahl Menschen, die ein sehr hohes Alter erreichen. Nach dem Verständnis des 4. Altenberichts der Bundesregierung (2002) ist Hochaltrigkeit als die Phase des Lebens zu verstehen, in der bereits 50% eines Geburtsjahrgangs verstorben sind. Die Prognosen des 4. Altenberichts gehen für die Entwicklung des Anteils hochaltriger Menschen in der deutschen Bevölkerung von einer Verdreifachung bis 2050 aus. Bereits heute sind fast 6% der Bevölkerung in Deutschland über 80 Jahre (1950 waren es nur 1%), in der Schweiz waren 5% der Bevölkerung Ende 2015 80 Jahre und älter. Die Anzahl der 100-Jährigen verdoppelt sich in Deutschland durchschnittlich alle 8 Jahre. In der Schweiz lebten Ende 2014 1556 Personen im Alter von 100 Jahren und mehr. Steigt der Anteil derjenigen Menschen, die 80 oder 90 Jahre und älter werden, dann wächst damit auch das Risiko multipler und chronischer Erkrankungen (z. B. Demenz), die mit einem vermehrten Hilfe- oder Pflegebedarf verbunden sind.

### 2.1.3 Veränderung der Generationenverhältnisse

Der stetige Rückgang der Geburtenrate in den vergangenen 30 Jahren führte in Kombination mit den oben beschriebenen Veränderungen zur Umkehrung der Alterspyramide. Erstmals war die Geburtenrate in Deutschland 2015 mit 1,5 Kindern pro Frau wieder auf einem ähnlichen Stand wie 1982, wobei der Anstieg vor allem auf Geburten von ausländischen Frauen zurückzuführen ist (Nothofer und Vernohr 2016, ZEIT Online, 19.10.2016).

Diese Veränderungen der Bevölkerungsstruktur führen einerseits dazu, dass der Solidarvertrag zwischen den Generationen, verstanden als staatlich organisierte Unterhaltspflicht der mittleren

Generation den älteren gegenüber, zunehmend weniger tragfähig erscheint. Die mit Generationenvertrag arbeitenden Sozialsysteme stehen bereits seit Jahren vor wachsenden Finanzierungsproblemen, denen beispielsweise durch die Einführung der Pflegeversicherung oder auch die Anhebung des Rentenalters in Deutschland (nun auch diskutiert in der Schweiz) zu begegnen versucht wurde. Andererseits hat diese Entwicklung auch Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt, dem zunehmend weniger junge Menschen als Auszubildende unter anderem auch für die Pflegeberufe zur Verfügung stehen. So wurde beispielsweise in einer Trendstudie (Nutbohm 2010) errechnet, dass bis zum Jahr 2020 der Personalbedarf in der Pflege um 40–50% steigen wird.

Ein vierter, bisher noch wenig betrachteter Einflussfaktor auf den demografischen Wandel stellen Wanderungsbewegungen (Migration) dar.

### 2.1.4 Migration

Vor allem die grenzüberschreitenden Zuzüge können im Wesentlichen dafür verantwortlich gemacht werden, dass in den vergangenen Jahren nicht nur ein Zuwachs der Bevölkerung insgesamt stattgefunden hat, sondern auch eine Art demografischer Verjüngungseffekt eingetreten ist. Im Jahr 2015 hatten 17,1 Mio. der insgesamt 81,4 Mio. Einwohner in Deutschland einen Migrationshintergrund (Zugewanderte und ihre Nachkommen), das entspricht 21%. Die Zuwanderung als Faktor künftiger Veränderungen der Bevölkerung lässt sich rechnerisch weitgehend als Zuwanderungsüberschüsse der jeweiligen Jahre ablesen (Statistisches Bundesamt 2014, 2016 in <https://www.destatis.de>, abgerufen 9.3.2017). Das Lebensalter der Zugezogenen ist unterschiedlich hoch, das Hauptgewicht liegt zwischen dem 18. und 23. Lebensjahr. Die demografische Alterung konnte so zwar nicht ausgeglichen, jedoch in ihrer Dynamik etwas verlangsamt werden. Die somit etwas verjüngte Altersstruktur bildet sich entsprechend im derzeitigen Durchschnittsalter ab: Das Durchschnittsalter vom Neugeborenen bis zum Hochbetagten betrug in der Gruppe der Migranten 2011 35 Jahre. Im Vergleich dazu war die Bevölkerungsgruppe ohne Migrationshintergrund durchschnittlich mit 46 Jahren fast 11 Jahre älter. Auch in der Schweiz zeigt sich ein ähnlicher Trend: Die Pyramide

wird bei den 25-Jährigen schmaler und erweitert sich bei den Frauen ab 35 Jahren und bei den Männern ab 40 Jahren erneut. In der Alterspyramide der Migranten dagegen sind vor allem Personen zwischen 25 und 50 Jahren vertreten (Bundesamt für Statistik 2015).

### 2.1.5 Generation Y

Zur Generation Y (auf Englisch ausgesprochen: „why“ – warum) zählt man die Jahrgänge 1980–1995, die vieles in Frage stellen, die erste Generation sind, die als sog. Digital Natives aufwachsen, und damit ganz andere Vorstellungen von ihrem Leben und ihrer Karriere haben als die Vorgängergenerationen. Dabei geht es vor allem um das Infragestellen von starren Hierarchien und um Selbstbestimmung: Die junge, motivierte und technikaffine Generation legt Wert auf Sinnhaftigkeit, Transparenz und Nachhaltigkeit bei der Arbeit. Eine persönliche Entfaltung durch den Job ist ihr wichtiger als Karriere im klassischen Sinne – Glück geht vor Geld. Diese Arbeitseinstellung kann einerseits von großem Vorteil auch für den Pflegebereich sein, da hier Sinnhaftigkeit kaum erklärt werden muss und eine solche Branche grundsätzlich von großem Interesse für diese Generation sein kann. Andererseits jedoch entsprechen die Merkmale der Arbeitsbedingungen in den Pflegeberufen (Arbeitszeiten, Gehalt, hierarchische Strukturen, noch immer geringe Anerkennung etc.) kaum den Vorstellungen ihrer Lebensgestaltung. Wenn es gelingen soll, diese Generation mehr als bisher für soziale und pflegerische Berufe zu interessieren, so ist es zwingend erforderlich, dass sich die Arbeitsstrukturen und das oft noch immer stark hierarchisch geprägte Führungsverständnis (nicht nur innerhalb der Pflege, sondern auch mit Bezug auf andere Disziplinen wie z. B. der Medizin) stärker an den neuen Bedürfnissen orientiert.

### 2.1.6 Bedeutung für das Gesundheitswesen

Seit Jahren vollziehen sich im Gesundheitswesen tiefgreifende strukturelle Veränderungen, die in der Folge insbesondere die Arbeitssituation der Mitarbeitenden in der Pflege in starkem Maße

beeinflussen. Die diversen, oben beschriebenen Veränderungen des demografischen Wandels führen zu einer größer werdenden Schere im Gesundheitswesen, die sich zwischen den wachsenden quantitativen wie qualitativen Bedarfen an Hilfe- und Pflegeleistungen auf Seiten der älter werdenden und hochaltrigen Bevölkerungsanteile und einem ausreichenden Angebot an qualifiziertem Personal in einem zunehmend als gering attraktiv wahrgenommenen Berufsfeld auftut. So ist der demografische Wandel in mehrfacher Hinsicht treibende Kraft des Wandels in der Pflege. Auch die vermehrte Zuwanderung jüngerer Menschen kann diese Entwicklung aktuell nicht aufhalten. Diesem erfolgreich zu begegnen, setzt voraus, dass die zentralen Charakteristika der Veränderung erkannt werden und ihnen mit geeigneten Strategien nachhaltig begegnet wird. Hierfür können adäquate Führungsleitlinien eine wichtige Grundlage für das erfolgreiche Management dieser Veränderungen darstellen.

- **Diese sollten darauf zielen, die Passung zwischen Anforderungen an das Beruf- und Tätigkeitsfeld der Pflege einerseits und den Personenmerkmalen der professionell Pflegenden (z. B. Qualifizierung, Lebensalter) andererseits in den Einrichtungen des Gesundheitswesens wieder angemessen zu „justieren“.**

## 2.2 Zentrale Charakteristika des Wandels in der Pflege

Die oben beschriebenen Entwicklungen bringen es mit sich, dass die Variable „chronologisches Alter“ in der Pflege, anders als in den meisten anderen Branchen, eine doppelte Bedeutung bekommt. Einerseits hat ein einschneidender Wandel der Merkmale der Klientel in der Pflege stattgefunden, die sich in der Veränderung der Pflegebedürftigkeit ausdrückt und auch Auswirkungen auf die Anforderungen im Tätigkeitsbereich hat. Andererseits rücken aber auch veränderte Charakteristika der in der Pflege Beschäftigten zunehmend in den Mittelpunkt, wie beispielsweise der spürbare Mangel an qualifiziertem

Nachwuchs sowie das steigende Alter der in der Pflege Tätigen selbst. Diese Merkmale sollen im Folgenden etwas genauer beleuchtet werden.

### 2.2.1 Veränderungen der Pflegebedürftigkeit: Merkmale der Klientel und Wandel der Anforderungen

Die wirtschaftlichen, gesundheitlichen und sozialen Lebensbedingungen der alten und hochaltrigen Menschen heute sind grundsätzlich sehr facettenreich und unterschiedlich (Petzold et al. 2011). Die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit eines Menschen lassen sich damit immer weniger allein an ihrem chronologischen Alter erkennen, dennoch sind die Pflegeberufe meist mit der letzten Lebensphase, Krankheit und Tod konfrontiert. Bei der Betrachtung der demografischen Alterung ist jedoch insbesondere die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit zur Beschreibung der Situation im Bereich der pflegerischen Versorgung von zentraler Bedeutung. Aber auch wenn die gestiegene Lebenserwartung und die damit verbundene Hochaltrigkeit nicht grundsätzlich mit Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen ist, so ist diese Lebensphase dennoch durch eine erhöhte Vulnerabilität und Fragilität gekennzeichnet.

#### Wohnen und Wohnwünsche im Alter

Nach der amtlichen Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes werden aktuell rund 1,5 Millionen Pflegebedürftige zu Hause betreut. Dies entspricht zwei Dritteln aller Pflegebedürftigen. Eine zuverlässig quantifizierbare Hochrechnung des zukünftigen Bedarfs an Pflegebedürftigkeit ist jedoch aufgrund der zunehmenden Differenzierung der Bedarfslagen im Alter nach medizinischen, kulturellen oder auch sozialen Kriterien sehr schwierig besetzt. Durch die starke Eigentumbildung in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts sowie die Vorstellungen eines Lebens im Alter der kommenden Baby-Boomer-Generation (Jahrgänge 1946–1964), die vor allem das Wohnen zuhause (auch bei Pflegebedürftigkeit) favorisieren, werden sich die Settings

in denen Pflegebedarf entstehen wird, weiterhin vor allem auch stark im ambulanten Bereich verändern. Bereits heute werden mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen in Privathaushalten versorgt.

#### Haushaltsstrukturen und Rollenverständnis

Die Abschätzung des zukünftigen Pflegepotenzials muss aber auch mögliche Entwicklungen, z. B. der Anzahl pflegender Angehöriger, der Haushalts- und Familienstrukturen, mit einbeziehen. 65% aller Pflegebedürftigen sind weiblich. Vor allem in den höheren Altersgruppen (80 Jahre und älter) ist der Anteil der Frauen unter den Pflegebedürftigen besonders hoch.

Entscheidende Bedeutung hat dabei auch eine Veränderung des Rollenverständnisses bei der Übernahme familiärer Pflegeverantwortung. Schneekloth und Wahl (2005) konnten in der Studie „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten“ zeigen, dass der Anteil der Männer, die häusliche Pflege leisten, in den letzten 10 Jahren von 17% auf 27% gestiegen ist.

Die pflegerische Versorgung übernehmen mehrheitlich Angehörige. Ausgehend von einer Zunahme der Hochaltrigkeit, die dann beide Ehepartner betrifft, in Verbindung mit der arbeitsmarktbedingten Notwendigkeit zu mehr Mobilität und dem Rückgang der Bereitschaft zur Angehörigenpflege kann zukünftig immer weniger davon ausgegangen werden, dass diese Gruppe für (ehrenamtliche!) Pflegeleistungen zur Verfügung steht. Neuen Konzepten wie beispielsweise „Distant Care – Pflege und Betreuung auf Distanz“ kommt somit wachsende Bedeutung zu.

#### Langzeitpflege und Akutversorgung

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Veränderungen der Pflegebedürftigkeit haben sich die Merkmale der Bewohnenden in der stationären Pflege sowie der älteren Patienten in der Akutversorgung in den letzten Jahren enorm verändert. Auch in den Medien und der Politik werden sie bereits seit mindestens 25 Jahren diskutiert. Dabei stand und steht meist der mit der Veränderung

der Klientel verbundene Aufwand im Fokus (d. h. Zunahme und Kosten der Pflegebedürftigkeit). So ist die Wahrscheinlichkeit einer Heimaufnahme durchaus abhängig vom chronologischen Lebensalter bzw. von der Ausprägung der Multimorbidität. Das Risiko eines Heimeintritts liegt bis zum Alter von 75 Jahren bei lediglich 5% (Weyerer und Bickel 2007). Jenseits von 75 Jahren steigt dieses Risiko hingegen steil an und beträgt bis zum Alter von 85 Jahren >30%, bis 90 Jahre fast 60% und bis 95 Jahre sogar >75%. Bereits heute sind 82% aller Pflegebedürftigen 65 Jahre alt oder älter und jeder dritte Pflegebedürftige in Deutschland hat das 85. Lebensjahr bereits überschritten. Während bis zur Altersgruppe 75–79 deutlich weniger als 10% pflegebedürftig sind, sind es schon mehr als 13% der 80- bis 84-jährigen und gut 34% der 85-jährigen und älteren Bevölkerung der Schweiz (Höpflinger et al. 2011).

### **(Pflege-)Politik und Ökonomie**

Verbunden auch mit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 und dem Primat der ambulanten Versorgungsformen als Möglichkeiten, dem steigenden Kostendruck im Gesundheitswesen zu begegnen, hat sich der Zeitpunkt eines Umzugs in eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtung deutlich in die letzte Lebensphase verschoben. So kommen heute die Menschen später und in wesentlich schlechterem Gesundheitszustand und damit stärker pflege- bzw. betreuungsbedürftig in die stationäre Langzeitpflege als dies früher war. Mit dem Begriff der Kompression der Morbidität wird in diesem Zusammenhang die Beobachtung beschrieben, dass die Zeitspanne zwischen dem Alter beim erstmaligen Ausbruch chronisch-irreversibler Erkrankung und dem späteren Sterbezeitpunkt zunehmend geringer wird und damit der Großteil der Lebenszeit in relativer Gesundheit erlebt werden kann. Das bedeutet, dass viele Gesundheitsrisiken sowie Pflegebedürftigkeit durch chronische Erkrankungen oder funktionale Kompetenzeinbußen mit dem Alter nicht stetig, sondern sogar exponentiell zunehmen. Die Erkrankungswahrscheinlichkeit verdoppelt sich

demnach nach konstanten Zeitintervallen: Die Sterblichkeit ist mit 68 Jahren doppelt so hoch wie mit 60, mit 76 doppelt so hoch wie mit 68 (Weyerer und Bickel 2007). Damit steigt mit dieser wachsenden Anzahl alter und hochaltriger Menschen auch die Anzahl derjenigen, die an mindestens einer, meist chronischen Erkrankung leiden, und somit die Wahrscheinlichkeit, in der letzten Phase des Lebens in einer Langzeitpflegeeinrichtung zu leben.

Nun wird Deutschland 2017 einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einführen. Mit diesem wird das bisherige System der drei Pflegestufen und der Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz durch fünf neue Pflegegrade ersetzt. Ob, und wenn ja, in welcher Weise die neuen Kriterien zu einer höheren Sensitivität und damit einer stärker ausgeprägten Pflegebedürftigkeit oder zu einer besseren Differenzierung beitragen werden, muss sich in der konkreten Anwendung zeigen.

Die Auswirkungen dieser Entwicklungen stellen jedoch nicht nur ein zentrales Charakteristikum der Klientel in der stationären Altenpflege dar, sondern auch in der Versorgung älterer Menschen im Akut- und ambulanten Versorgungsbereich. Auch der Anteil älterer und hochaltriger Patienten im Krankenhaus wächst seit Jahren stetig (Kleina und Wingenfeld 2008). In diesem Zusammenhang stehen bereits aktuell vier Bedarfstypen im Mittelpunkt der Veränderungen: Ältere Menschen mit Demenzerkrankung, mit Migrationshintergrund, mit Behinderung sowie ältere Alleinlebende (zumeist Frauen) (von Hirschberg et al. 2009). Insbesondere die Zunahme der Zahl demenziell erkrankter Menschen in der Akut- und Langzeitpflege kann als aktuell bedeutsamstes Merkmal des Wandels in der Pflege und der Veränderung der Merkmale der Klientel bezeichnet werden, da sie zu den häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter gehören. Daher werden im Folgenden die Konsequenzen des demografischen Wandels für das Aufgabenprofil der Pflegeberufe exemplarisch an der steigenden Anzahl demenzkranker Menschen dargestellt (► **Exkurs „Das Beispiel Demenz“**).

## Exkurs

## Das Beispiel Demenz

Demenzkrankungen stellen mit einer Prävalenzrate >30% bei den über 85-Jährigen eine der aktuell größten epidemiologischen und auch pflegerischen Herausforderungen dar. Demenzen verändern die Persönlichkeit der Betroffenen, ihre kognitiven Fähigkeiten, ihre Möglichkeiten der emotionalen Kontrolle sowie in der Folge ihr soziales Verhalten. Solange keine wirksame Therapie gefunden ist, ist davon auszugehen, dass aufgrund der veränderten Altersstrukturen die Zahl der Neuerkrankungen unabhängig von der Ätiologie der Demenz in Deutschland jährlich um durchschnittlich 35.000 ansteigen wird. Eine Verdoppelung der Anzahl der Erkrankten bis zum Jahr 2040 ist absehbar. Auch neuere Statistiken der Schweiz zeigen auf, dass bereits heute 144.000 Menschen mit Demenz dort leben, deren Anzahl sich bis in 10 Jahren um 50.000 erhöhen wird (Alzheimer Schweiz 2017). Ziel der Pflege und Betreuung ist es dabei, die Lebensqualität der Betroffenen bestmöglich trotz der chronisch progredienten Erkrankungen zu erhalten oder – wo möglich – auch zu fördern (Becker et al. 2010). Dies bedingt jedoch vor dem Hintergrund der spezifischen Bedürfnisse

Demenzkranker gerade auch in mittleren und fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung eine besondere Betreuungsform, in deren Mittelpunkt über weite Strecken weniger die körperorientierte Pflege, sondern die psychosoziale Betreuung steht. Deren Finanzierung ist jedoch durch das körperlich orientierte Pflegeversicherungsgesetz in Deutschland noch nicht in dem Maße gesichert, wie es für eine adäquate Versorgung der Betroffenen notwendig wäre. Im Gegenteil, die strukturellen Rahmenbedingungen der Pflege mit gestiegenem Kosten- und Zeitdruck führen eher dazu, dass die Lebenssituation der Betroffenen sich verschlechtert. Auch in der Akutversorgung im Krankenhaus wird die eigentliche Nebendiagnose Demenz häufig zur Hauptdiagnose und somit in den Mittelpunkt der pflegerischen Tätigkeit gerückt. Insbesondere die Einführung der Diagnose Related Groups (DRGs) hat die Versorgungssituation älterer und demenzkranker Menschen zunehmend verschärft (Arnold 2005). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Akutversorgung ist von 14 Tagen 1991 auf 7,4 Tage 2015 gesunken (Statistisches Bundesamt 2016b) und kann somit den besonderen

Pflegebedarf dieser Klientel nicht gerecht werden. Eine (zu) frühe Entlassung dieser Patienten in instabilem Gesundheitszustand führt so zum „Drehtür-Effekt“, sodass auch die Rehospitalisierungsrate höher ist als bei kognitiv nicht beeinträchtigten älteren Patienten und der Umzug in eine Altenpflegeeinrichtung häufiger notwendig wird. Demenzkranke Menschen stellen Ärzte und Pflegenden durch die typischen Symptome dieser Erkrankungen (z. B. Orientierungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten) vor Versorgungsproblemen. Hinzu kommen jedoch die erheblichen Risiken, die sie zusätzlich mitbringen, wie beispielsweise ein erhöhtes Unfallrisiko (z. B. durch Wahrnehmungsstörungen, Weglauftendenzen) oder vielfältige Nebendiagnosen, welche die Prognose verschlechtern können (z. B. Mangelernährung). Bisher sind die strukturellen Rahmenbedingungen und vor allem die Abläufe im Krankenhaus noch kaum auf die Problemlagen und Bedürfnisse dieser Patientinnen und Patienten eingestellt, die Entwicklung angemessener Konzepte zur Betreuung Betroffener steht noch sehr am Anfang (Haubrock 2008).

Die aktuelle Situation in den Pflegeberufen trägt somit ein hohes Belastungspotenzial für alle Beteiligten in sich, da Pflege einerseits immer aufwendiger, der psychosoziale Betreuungsbedarf immer höher, andererseits aber die bewohner- bzw. patientenfernen administrativen Tätigkeiten immer mehr werden. Viele Pflegenden nehmen ihre eigentliche Pflegetätigkeit somit als immer weniger befriedigend und sinnstiftend wahr (Schwerdt 2005). Sie leiden entsprechend häufiger an stressbedingten

und psychosomatischen Erkrankungen und ein vorzeitiger Berufsausstieg aufgrund von Burn-out und Arbeitsunzufriedenheit wird häufiger (Zimmer 2010). Die aktuelle Situation in den Pflegeberufen wird jedoch noch zusätzlich dadurch verschärft, dass sich das ebenfalls älter werdende Pflegepersonal höheren beruflichen Belastungen gegenüber sieht und zusätzlich die Schwierigkeiten, geeignetes qualifiziertes Personal zu rekrutieren, wachsen (der Nachwuchsmangel ist bereits heute Realität).

## 2.2.2 Veränderungen der Ausbildungsquoten und Personalstruktur in der Pflege

Auf der Grundlage der oben geschilderten Entwicklungen haben sich seit einiger Zeit parallel zu dieser Diskussion zwei weitere Themen als zentrale Fragestellung für die zukünftige Gewährleistung qualitativvoller Pflege und Betreuung älterer, pflegebedürftiger Menschen entwickelt. Diese nehmen inzwischen eine Spitzenstellung in der Liste der drängenden Probleme des Gesundheitswesens ein: die Bedarfslage hinsichtlich qualifizierten Fachpersonals sowie das steigende Alter der Beschäftigten in den Pflegeberufen.

Die beschriebene Zunahme der hochaltrigen und häufig multimorbiden Anteile der Bevölkerung, welche die wesentliche Zielgruppe pflegerischer Leistungserbringung darstellen, bedingt einen überproportional hohen Bedarf an qualifiziertem Fachpersonal, der bereits heute deutlich als Mangel vor allem in den Alters- und Pflegeheimen spürbar ist. Bis zum Jahr 2025 wird die Nachfrage nach Pflegefachpersonen insgesamt um 27%, in ambulanten und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen sogar um fast 50% steigen. Erstmals zeigte nun der Anfang 2015 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend veröffentlichte Zwischenbericht zur „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“, dass die stationären und ambulanten Altenpflegeeinrichtungen mehr Ausbildungsplätze und die Länder mehr Schulplätze zur Verfügung stellen und sich im Schuljahr 2013/2014 so viele Personen wie nie zuvor für eine Altenpflegeausbildung entschieden haben. Ob dieser Trend anhält und wie lange der Berufsverbleib der neu Ausgebildeten sein wird, wird sich in den nächsten Jahren zeigen müssen. Denn ein wachsender Trend zur Berufsaufgabe oder Umschulung und die nach wie vor ungebrochen höhere Attraktivität der Akutpflege ist nach wie vor gegeben. In der vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe von 2008/2009 veröffentlichten Meinungsumfrage gaben über 33% der in der Pflege beschäftigten Befragten an, mehrmals monatlich bis täglich die Berufsaufgabe bzw. den -wechsel zu erwägen. Parallel zu Fragen des Berufsverbleibs erfahrener Pflegefachpersonen verstärkt sich die Problemlage vor Ort dadurch, dass nicht genügend

junge Leute einen entsprechenden Beruf wählen. Diese Bedarfslage ist eine gesellschaftliche Realität, die nicht auf den deutschen Versorgungskontext beschränkt bleibt. Der zukünftige Personalbedarf bis 2020 wird in der Schweiz auf bis zu 15.000 zusätzliche Angestellte (7000 auf Assistenzstufe, 4000 auf nicht-universitärer Tertiärstufe) geschätzt (Obsan 2009).

Der Fachkräftemangel führt auch dazu, dass sich die Fluktuation in den Pflegeberufen erhöht hat, da es für qualifizierte Pflegepersonen aktuell kein Problem darstellt, einen neuen Arbeitsplatz finden, entspricht der aktuelle nicht (mehr) ihren Vorstellungen. Strategien zur Personalbindung müssen damit bereits heute Bestandteil von modernen Führungsstrategien sein.

Gleichzeitig ist es eine zwischenzeitlich in allen Branchen spürbare Auswirkung des demografischen Wandels, dass der Anteil der Mitarbeitenden über 45 Jahre deutlich ansteigt. In Kombination mit der gerade in den Pflegeberufen spürbaren Entwicklung, dass auch weniger jüngere Fachkräfte auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen und zukünftig das Pensionierungsalter nach oben gesetzt wird, rücken Fragen der Belastbarkeit und damit des adäquaten Personalmanagements zunehmend in den Mittelpunkt.

Die durch den demografischen Wandel bedingten Veränderungen der Versorgungslandschaft stellen das Gesundheitswesen vor die Herausforderung, ihre Pflege- und Betreuungskonzepte so anzupassen, dass sowohl die Lebensqualität dieser sehr vulnerablen Gruppe von Menschen als auch die Arbeitsfähigkeit der Pflegenden und Betreuenden bestmöglich erhalten bleibt. Auch berufspolitisch ist Image- und Lobbyarbeit erforderlich, um die nicht zuletzt durch die herrschende Vergütungsstruktur gesunkene Attraktivität der Pflegeberufe wieder zu verbessern. Dabei kommt insbesondere Konzepten einer nachhaltigen Personalentwicklung besondere Bedeutung zu, die es auch ermöglichen, die Arbeitsfähigkeit von Pflegenden mit langem beruflichem Erfahrungshintergrund (und damit einem Lebensalter 45+) zu erhalten und ihre Kompetenzen adäquat einzubringen.

- **Die Entwicklung und Implementierung von Strategien und Konzepten, welche auf die aktuellen Veränderungen reagieren, stellt eine der zentralen zukünftigen Führungsaufgaben in der Pflegepraxis dar.**

### 2.3 Zukünftige Führungsaufgaben im Spiegel des demografischen Wandels

Das Problem des Personalbedarfs ist jedoch komplex und kann nicht, wie auch oben beschrieben, ausschließlich auf die Gewinnung von geeignetem Nachwuchs begrenzt bleiben. Vielmehr bezieht es auch Fragen der nachhaltigen Bindung derjenigen Personen mit ein, die bereits heute in der Pflege- und Betreuungspraxis tätig sind. Dies rückt Fragen nach geeigneten Führungs- und nachhaltigen Personalentwicklungskonzepten in den Fokus.

Demnach müssen die Schaffung „attraktiver Arbeitsbedingungen“ und die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit der Mitarbeitenden als zentrale Aspekte einer nachhaltigen Personalpolitik gelten. Bisher gibt es jedoch nur wenige Arbeiten, die sich diesem Thema speziell auch in der Langzeitpflege widmen. Dabei erschweren die Heterogenität der jeweils gewählten theoretischen Ansätze und Methoden sowie der Branchenbezug die Ableitung konkreter Handlungsempfehlungen für die Pflegepraxis (Lowe 2005). Andererseits lassen sich auch aus bereits vorliegenden Studien für andere Branchen sinnvoll auf die Pflegeberufe übertragbare Empfehlungen finden, die den sich verändernden Möglichkeiten und Bedürfnissen älterer Arbeitnehmer durch z. B. Möglichkeiten der Job-Rotation gerecht werden. Zur Neujustierung der Passung von Bedürfnissen der Aufgabenstruktur sowie Fähigkeitsmerkmalen der Beschäftigten weisen lebenszyklus-orientierte Maßnahmen der Personalentwicklung wie intergenerationelles Wissensmanagement (z. B. Berücksichtigung von Erfahrungswissen in Fort- und Weiterbildungsangeboten, gezielte Zusammenstellung altersgemischter Teams) zukunftsweisendes Potenzial auf.

#### Fazit

Der demografische Wandel mit seinen vielfältigen Konsequenzen zwingt die Gesellschaft der westlichen Welt in Zukunft mehr und mehr, die knapper werdenden Ressourcen möglichst optimal und nachhaltig zu nutzen. Anders als in manch anderen Branchen wird es jedoch in den Pflegeberufen kaum möglich sein, den zukünftigen Bedarf z. B. durch den Einsatz von digitalen Hilfen zu decken.

Somit stellt der Mensch nicht nur als Ziel, sondern auch als Akteur des pflegerischen Handelns auch zukünftig die wichtigste Ressource in den Pflegeberufen dar. Ohne die ausgewiesene Professionalität von Führungskräften ist dies nicht zu leisten. Hier gilt es, den „Massenberuf Führungskraft“ ohne Ausbildung (Zietzschmann 2005) mit einem konkreten Kompetenzprofil zu entwickeln, um den Aufgaben des Age Managements zukünftig gewachsen zu sein (Leipold und Voelpel 2006).

#### Literatur

- Alzheimer Schweiz (2017) [www.alz.ch](http://www.alz.ch). Zugegriffen: 03. April 2017
- Arnold E (2005) Sorting out the 3 D's: delirium, dementia, depression. *Holistic Nursing Pract* 19(3): 99–104
- Bartholomeyczik S (2007) Kurze Verweildauer im Krankenhaus – die Rolle der Pflegenden. *Pflege Gesellschaft* 12(2): 135–149
- Becker S, Kaspar R, Kruse A (2010) Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker (H.I.L.DE.). Huber, Bern
- Bundesamt für Statistik (2009) Die Zukunft der Langlebigkeit in der Schweiz. BfS, Neuchâtel
- Bundesamt für Statistik (2015) Erhebungen, Quellen – Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT). BfS, Neuchâtel
- Bundesamt für Statistik (2016) Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2010–2060. BfS, Neuchâtel
- Haubrock M (2008) Hintergrundinformationen: Betriebswirtschaft/Ökonomie. In Stemmer R, Haubrock M, Böhme H (Hrsg) Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege, S 140–228. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz, Mainz
- von Hirschberg K-R, Kähler B, Kromark K (2019) Demografischer Wandel und Pflegeberufe. Auf den Spuren Elisabeths von Thüringen. Dokumentation des Wartburg-Symposiums am 9. und 10. Juli 2009, Eisenach. BGW, Hamburg
- Höpfinger F, Bayer-Oglesby L, Zumbund A (2011) Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Huber, Bern
- Kleina T, Wingenfeld K (2007) Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), Bielefeld
- Leibold M, Voelpel S (2006) Managing the aging workforce: Challenges and solutions. Wiley, New York
- Lowe GS (2005) Raising the bar for people practices: Helping all health organizations become „preferred employers“. *Healthcare Quart* 8: 60–63

- Nothofer S, Venohr S (2016) Deutschlands neue Kinder. Zeit online, 19.10.2016. <http://www.zeit.de/gesellschaft/2016-10/geburtenrate-deutschland-auslaendische-muetter-alter-bundeslaender>. Zugegriffen: 09. März 2017
- Nutbohm K-S (2010) Pflege im Jahr 2020. F & U, Heidelberg [http://fuu-ak-wiso.de/design/ak\\_wiso/javascript/docs/Trendstudie.pdf](http://fuu-ak-wiso.de/design/ak_wiso/javascript/docs/Trendstudie.pdf). Zugegriffen: 03. April 2017
- Obsan Fact Sheet (2009) Gesundheitsobservatorium der Schweiz. Bundesamt für Gesundheit, Neuchâtel
- Petzold HG, Horn E, Müller L (2011) Hochaltrigkeit: Herausforderung für persönliche Lebensführung und biopsychosoziale Arbeit. Verlag für Sozialwissenschaften, Heidelberg
- Schneekloth U, Wahl HW (Hrsg) (2005) Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Privathaushalten (MUG III). Im Auftrag des BMFSFJ. München
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010) Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2009) 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2011) Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 1: Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2016a) Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2016b) Fachserie 12: Grunddaten der Krankenhäuser. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Stemmer R, Böhme H (2008) Schwerpunkt: Wandel des Gesundheitswesens und Aufgabenfelder der Pflege. Pflege Gesellschaft 13(3): 197–205
- Schwerdt R (2005) Lernen der Pflege von Menschen mit Demenz bei Alzheimer Krankheit. Anforderungen an die Qualifikation professioneller Helferinnen und Helfer. Z Med Ethik 51(1): 59–76
- Vierter Altenbericht der Bundesregierung (2002) Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. BMFSFJ, Berlin <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/4--altenbericht-/95594>. Zugegriffen: 21. Februar 2017
- Weyerer S, Bickel H (2007) Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart
- Zietzschmann H (2005) Personalmanagement in der stationären Altenpflege. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin
- Zimber A (2010) Belastungen, Ressourcen und Beanspruchung in der Altenpflege. In: Haberstroh J, Pantel J (Hrsg) Demenz psychosozial behandeln. AKA, Heidelberg



<http://www.springer.com/978-3-662-54165-4>

Pflege im Wandel gestalten - Eine Führungsaufgabe

Lösungsansätze, Strategien, Chancen

Bechtel, P.; Smerdka-Arhelger, I.; Lipp, K. (Hrsg.)

2017, XVII, 299 S. 44 Abb. Book + eBook., Softcover

ISBN: 978-3-662-54165-4