

DIE ABWERTUNG DES SOZIALEN | Momentaufnahmen am Beispiel der geplanten Reform der Pflegeberufe

Birgit Hoppe

Zusammenfassung | Der Beitrag zeichnet den Weg der Deprofessionalisierung des Sozialen in zentralen Versorgungsbereichen anhand des Arbeitsfeldes der Altenpflege nach. Die mit dem geplanten generalistischen Pflegeberuf propagierte These, dass sich eine Orientierung an Lebensphasen und damit auch Lebenslagen überholt habe, kann als ein nächster Schritt zur Abwertung des Sozialen verstanden werden. Ein Verständnis von Pflege, das insbesondere Altenpflege auch immer als Anlass für Soziale Arbeit begreift, wird zum Verschwinden gebracht.

Abstract | This article outlines the path of the deprofessionalization of the social sector in central service areas, using the example of the field of elderly care. A further step towards the devaluation of social services can be seen in an assumption underlying the plans for a generalist care which states that an orientation towards phases of life and thus towards conditions of life is out of date. An understanding of care associated with the view that elderly care always presents an occasion for social work, too, is made to disappear.

Schlüsselwörter ► Pflegeberuf

► Altenpflege ► Berufsausbildung ► Reform
► Professionalisierung

Ausgangslage | Anlässlich der Einführung des Bundesaltenpflegegesetzes um die Jahrtausendwende wurde intensiv darüber gestritten, ob das sozialpflegerische Profil oder die heilkundlichen Anteile beim Altenpflegeberuf überwiegen. Hierauf bezog sich die Klage des Freistaates Bayern, der dem Bund die Gesetzgebungskompetenz für den Beruf absprach. Das Bundesverfassungsgericht entschied zugunsten der heilkundlichen Anteile. Altenpflege wurde zum Gesundheitsberuf. Das Gesetz konnte 2003 kommen. Was als große Ausbildungsreform geplant war, wurde, kaum dass es erreicht war, infrage gestellt.

Diejenigen, vornehmlich aus dem Gesundheitsbereich, die das Gesetz mit erkämpft hatten, setzten in berufsständischen und berufspolitischen Debatten ihre Kritik fort, als hätte es kein Gesetz gegeben. Man könne nicht abwarten, wie sich das Gesetz bewähre, man müsse unverändert dringend reformieren. Eine Erprobung und Evaluation der Gesetze (hier auch der zeitgleich erfolgten Reform der Gesundheits- und Krankenpflege beziehungsweise Kinderkrankenpflege) wurden nicht in Erwägung gezogen und auch nicht als zielführend erachtet. Nach dem Gesetz war vor dem Gesetz.

Es folgten Modellversuche, gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, die zeigen sollten, inwieweit die drei Pflegeberufe (Altenpflege, Krankenpflege und Kinderkrankenpflege) zusammengeführt werden könnten. Bis auf ein Modell waren es integrierte Lösungen: Ein oder zwei Jahre zusammen, darauf aufbauend ab dem zweiten oder dritten Jahr die Spezialisierung; teilweise dreieinhalbjährig oder mit der Option, in einem vierten Jahr den zweiten Berufsabschluss erwerben zu können. Am Ende kam man im Abschlussbericht (*BMFSFJ 2008*) zum Ergebnis, dass die Modelle im Grundsatz funktionieren und eine Zusammenlegung machbar ist. Allerdings sah man grundsätzlich die Notwendigkeit, über eine mögliche Verlängerung der Ausbildung auf bis zu vier Jahre nachzudenken.

Modellprojekte, die erfolgreich sein wollten und sollten, waren erfolgreich. Liest man den Abschlussbericht aufmerksam, wird deutlich: erfolgreich aus Sicht der Krankenpflege. Die beteiligten Partner der Kinderkrankenpflege und Altenpflege hatten Bedenken und sahen Qualitätsverluste. Einige dieser Partner in den Modellprojekten kamen vor allem im Nachhinein zu dem Schluss, dass der Preis zu hoch und die Machbarkeit des Vorhabens – mit Verweis auf unterschiedliche Strukturen und Anforderungen – zu voraussetzungsvoll sei. Seitens der Akteure der Altenpflegeausbildung sah man die Kompetenzdomäne und die berufliche Sozialisation im Berufsfeld Altenpflege in Gefahr. Bei allem skizzierten Für und Wider schien für Kinderkrankenpflege und Altenpflege gesetzt zu sein, dass die Spezialisierung in keinem Fall aufgegeben würde. Man diskutierte lediglich über die mögliche Länge gemeinsamer Ausbildungsphasen.

Soziales Europa

Europa! Für Millionen in die Flucht getriebene Menschen ist der Name unseres Kontinents pure Hoffnung. Auf Leben in Frieden, Freiheit – vielleicht sogar Wohlstand.

Europa! Für Millionen Europäer ein Stoßseufzer. Ein Kontinent in schweren Wassern. Ist der Grexit gerade noch – fürs Erste – abgewendet, da naht schon der drohende Brexit. Und während es in der ersten Jahreshälfte 2015 so schien, als sei der Euro das größte Problem, drängte sich seit dem Sommer die Not der nach Europa strebenden Flüchtlinge mit aller Macht in unser Bewusstsein, und in unseren Alltag. Gut so, dass wir die Augen nicht länger verschließen (können) vor der menschengemachten Not von Millionen Nachbarn aus Afrika und dem Nahen Osten.

In der Idee eines geeinten Europas liegt so viel Hoffnung. Dass der Weg dahin sehr steinig sein kann, darf niemanden überraschen. Entscheidend bleibt, dass wir Europäer das Ziel im Blick behalten. Dazu gehört, dass wir uns immer neu verständigen und offen sind für die Erfahrungen und Sichtweisen unserer europäischen Nachbarn.

Die Fachzeitschrift Soziale Arbeit startet mit dieser Ausgabe im Januar 2016 eine Artikelserie über die vielfältigsten Beispiele Sozialer Arbeit in Europa, damit wir voneinander lernen und übereinander etwas lernen. Schon die Suche nach Autorinnen und Autoren und deren Themen war eine Herausforderung, denn die fachlichen Netzwerke sind auch heute noch überwiegend national gestrickt – europäische Verbindungen müssen mühsam gesucht und geknüpft werden. Wir sind froh, dass uns dies nun gelungen ist und freuen uns – hoffentlich mit Ihnen als Leserinnen und Lesern – auf die nächsten Ausgaben mit spannenden Beiträgen aus dem sozialen Europa.

Burkhard Wilke
wilke@dzi.de

Udenkbar schien den Akteuren der Altenhilfe und Pädiatrie die Zusammenführung der gesamten Ausbildung, wie sie nun der Arbeitsentwurf zu einem Pflegeberufegesetz (Stand Mai 2015, *BMFSFJ*; *BMG* 2015) vorsieht. Das erkennt man auch daran, dass Träger und Verbände, die in ihren Stellungnahmen von 2013 dem Vorhaben noch positiv gegenüberstanden, nun angesichts der generalistischen Ausrichtung von ihrer Position abrücken. In der Begründung zum Entwurf heißt es: Die Orientierung an Lebensphasen sei wissenschaftlich nicht mehr haltbar. Eine erstaunliche Feststellung, die die individuelle Lebenssituation, die Betrachtung des Anlasses von Pflege (*Hoppe* 2013) und die reflexive Gewichtung der Situations- und Kontextbedingungen als verzichtbar für die professionelle Pflege erklärt. So als hätte es die Entwicklungen in der Gerontologie und Geriatrie, der Pädiatrie und der Heilpädagogik nie gegeben. Die Belege dafür, dass es in Wissen und Können unbedeutend ist, ob man ein krankes Kind im Krankenhaus, einen akut operierten Patienten oder einen alten Menschen in seiner häuslichen Umgebung pflegt, stehen denn auch aus.

Dass dieser nun als selbstverständlich und zwingend erklärte Weg auch politisch keineswegs Konsens ist, kann man dem Koalitionsvertrag von 2013 entnehmen. Hier heißt es: „Wir wollen die Pflegeausbildung reformieren, indem wir mit einem Pflegeberufegesetz ein einheitliches Berufsbild mit einer gemeinsamen Grundausbildung und einer darauf aufbauenden Spezialisierung für die Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege etablieren“ (*CDU*; *CSU*; *SPD* 2013, S. 85). Der Satz lässt jedem seine Lesart, in welche Richtung die geplante Reform gehen soll. Die Bruchlinie liegt zwischen Sozial- und Gesundheitspolitik.

Was ist an der Entwicklung des Zuschnitts der drei Pflegeberufe interessant? | Es ist die Wegstrecke, die das Soziale, hier Kernelement des Altenpflegeberufs, genommen hat, und es ist der Wendepunkt, an dem der Beruf und was ihn bis dato ausmachte (Kompetenzdomäne) nun steht. Ein Ausbildungsberuf, zu dem sich mittlerweile jährlich rund 22 000 Menschen entschließen. Ein Beruf mit Gewicht, der die künftige Qualität der Versorgungslandschaften Altenhilfe, Krankenhaus und Pädiatrie prägt, indem seine Ausbildungsziele durch die gesetzliche Neufassung anders gewichtet werden. Der Eingriff über „Generalistik“ erfolgt auf der Ebene der Inhalte und der Strukturen. Altenpflege würde aufgrund der

Tatsache, dass der Beruf unter die EU-Berufsanerkennungsrichtlinie fallen wird, zu einem marginalen Unterrichtsfach werden.

Zugleich wird die berufliche Sozialisation aufgrund der Praxisrotation in unterschiedlichen Institutionen (stationäre und ambulante Pflege, Chirurgie, Innere, Pädiatrie, Psychiatrie etc.) nicht mehr systematisch in einem spezifischen Kontext verortet sein. Eine Entscheidung, die absehbar mehr bewirken wird als mögliche individuelle Überforderung. Situations- und Kontextbedingungen sowie die Bedeutung der sozialen Netze geraten aus dem Fokus der Qualifizierung; günstigenfalls in einen Wahrnehmungsschatten – schlechtestenfalls führen sie zu nicht sachgerechter Pflege und Betreuung. Denn was bei der Pflege im Krankenhaus aufgrund der immer kürzeren Verweildauer von Patientinnen und Patienten fachlich geboten ist, stellt sich in der Pflege bei dauerhafter Pflegebedürftigkeit gegebenenfalls ganz anders dar, vor allem was die Qualität und den Fokus der Dienstleistung betrifft.

Der Adressat ist je nach Ort in je spezifischer Form Mitproduzent der Dienstleistung. Während die Qualität der direkten Pflege (Wundversorgung, Injektionen etc.) fachlich unabhängig vom Kontext, quasi handwerklich gesetzt ist, stellt sich dies für die interaktive Dienstleistung, in der Terminologie der Altenpflege als das Sozialpflegerische, weit voraussetzungsvoller dar. Schließlich muss die Fachkraft in der Altenpflege abwägen können, ob die Sturzprophylaxe in der Wohnung zum Beispiel durch die Entfernung eines Läufers für die Lebensqualität und die Gesundheit des Klienten bedeutungsvoller ist als sein Ringen um Autonomie wie beispielsweise durch seine klare Entscheidung für eine unveränderte Umgebung.

Für derartige Entscheidungen braucht es neben ausreichendem Fachwissen personale und soziale Kompetenzen wie professionelle Gesprächsführung und Konfliktfähigkeit. Es bedarf der Fähigkeit zur Kooperation, zum Perspektivwechsel, zur Wahrnehmung und Nutzung von Ressourcen etc., kurz: sozialpflegerischer Kompetenz! Genauso hatte das im Übrigen auch das *Bundesverfassungsgericht* (2002) in seinem Urteil zum Bundesaltenpflegegesetz festgestellt: Im „Berufsbild Altenpflege“ bestehe ein „untrennbarer Zusammenhang zwischen heilkundlichen und sozial-pflegerischen Aufgaben“.

Im geplanten Pflegeberufegesetz bilden die individuelle Pflegebedürftigkeit und der Pflegebedarf, die Steuerung des Pflegeprozesses und der an ihm beteiligten Akteure den zentralen Referenzrahmen. Ob eine umfassendere Perspektive auf Pflege als Anlass Sozialer Arbeit (Hoppe 2013)¹ eingenommen und in welchem Umfang diese künftig insbesondere für kranke Kinder und ihre Familien, alte Menschen und ihre Angehörigen sowie chronisch kranke Menschen im neuen Berufsbild Platz haben wird, kann abschließend nicht beurteilt werden, da die Ausbildungs- und Prüfungsordnung erst nach Verabschiedung des Gesetzes durch eine Fachkommission erarbeitet werden soll. Es bestehen begründete Zweifel, dass diesen Bedarfen umfassend Rechnung getragen wird, wie das Beispiel der EU-Berufsanerkennungsrichtlinien zeigt (Hoppe; Frommelt 2015). Schließlich wird Fachwissen aus drei dreijährigen Berufsausbildungsgängen in nunmehr insgesamt drei Jahren zu erwerben sein, was zulasten methodischer, personaler und sozialer Kompetenzen in der Ausbildung gehen muss, da ihr Erwerb auf Möglichkeiten des Probehandelns, von Trainingssequenzen, der Reflexion sowie auf kontinuierliche Impulse zur Wahrnehmungserweiterung angewiesen ist. Zweifel bestehen auch aufgrund der oben im Ansatz skizzierten Erfahrungen mit der „Reform der Pflegeberufe“: Die Belange der Kinderkranken- und Altenpflege werden in der Regel von den Akteuren aus dem Gesundheitsbereich so gefasst, wie sie nach dem Berufsverständnis der Gesundheits- und Krankenpflege angemessen erscheinen. Differenzen, die von der Altenpflege identifiziert und als relevant erachtet werden wie zum Beispiel die Pflege und der Umgang mit demenziell erkrankten Menschen, werden oft ignoriert oder negiert beziehungsweise vereinnahmt: Das mache man doch auch! Oder: Das brauchen wir doch auch. Hierbei wird regelmäßig verschwiegen, was dafür von den derzeitigen Inhalten der Ausbildung wegfallen sollte.

Dass professionelles Handeln unterschiedliche Voraussetzungen hat und in hohem Maße durch die jeweiligen Kontexte bestimmt ist, etwa wenn man in der Langzeitpflege einen alten Menschen über viele Jahre begleitet, wird ebenso ausgeblendet wie die Tatsache, dass die Breite der Aufgabe wie etwa die Begleitung in Krisensituationen, die Einbindung von Nachbarschaften, die Expertise in rechtlichen Belan-

¹ hier die Unterscheidung in Pflege als Beruf und Pflege als Anlass Sozialer Arbeit

gen (Betreuungsrecht, Sterbehilfe, Haftungs- und Strafrecht etc.) und die Zusammenarbeit mit Angehörigen sich von einer Pflege im Kontext von Hochleistungsmedizin unterscheidet. Die Lebenswelt des Menschen mit Pflegebedarf muss berücksichtigt werden!

Während es für die Akteure der Gesundheits- und Krankenpflege darauf ankommt, die Berufsgruppe voranzubringen, und der Patient, die Patientin in diesem Diskurs keinen Platz hat, ist der Maßstab von Altenpflegerinnen und -pflegern vor allem das, was der alte Mensch braucht. Altenpflege wird in erster Linie als Beziehungsarbeit gesehen, die auf Gegenseitigkeit beruht.

Wie konnte es überhaupt dazu kommen, dass ein Beruf, der sich über 50 Jahre entwickelt hat, der von den Arbeitgebern in der Altenhilfe nachgefragt wird² und zahlenmäßig in der Ausbildung mit der Gesundheits- und Krankenpflege gleichauf ist, jetzt umstandslos zur Disposition steht?

Wer hat den Nutzen? | Der Nutzen ergibt sich aus dem Ziel der Zusammenlegung der drei Berufe. Pflegekräfte sollen flexibel in allen Tätigkeitsfeldern einsetzbar sein. Das mache den Beruf auch für mögliche Bewerberinnen und Bewerber attraktiver, so heißt es. Stimmt das? Für eine größere Attraktivität gibt es keinen Beleg. Im Gegenteil: 37 Prozent der Auszubildenden in der Altenpflege würden sich für eine generalistische Ausbildung nicht entscheiden (*Kunczik* 2015),³ in der Kinderkrankenpflege wären es vermutlich an die 80 Prozent.⁴ Und was hat es mit der Flexibilität auf sich? Diese ist für die Absolventinnen und Absolventen der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildungen schon jetzt gegeben. Vorhandene Barrieren für die Beschäftigung von Altenpflegekräften im

² so dass diese sich vehement gegen seine Abschaffung wehren, siehe www.buendnis-fuer-altenpflege.de

³ Ergebnis einer Befragung, die von der DGGPP 2015 an allen Altenpflegesschulen in Deutschland durchgeführt wurde

⁴ Laut Untersuchung des IPP Bremen (*Görres* 2010) konnten sich nur rund 16 Prozent der Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege vorstellen, auch die Altenpflege (11,5 Prozent) oder die Kinderkrankenpflege (5,1 Prozent) als Beruf zu wählen. Die Werte für die Kinderkrankenpflege wurden in der genannten Studie nicht erhoben. Es ist aber davon auszugehen, dass diese mindestens ebenso hoch, wenn nicht höher sind.

Krankenhaus könnten seit Langem genommen werden, wenn man denn wollte. In der Gerontopsychiatrie ist dies längst der Fall, Altenpflegerinnen und -pfleger sind aus der Versorgung nicht mehr wegzudenken. Nicht umsonst setzt sich die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP) daher auch für den Erhalt und die Weiterentwicklung der Altenpflegeausbildung ein. Auch trägt das Argument der Flexibilität deshalb schon nicht, weil bereits seit mehr als zehn Jahren der jeweils andere der drei Ausbildungsberufe aufgrund bestehender Verkürzungsmöglichkeiten in nur einem weiteren Jahr erworben werden kann, was interessanterweise so gut wie gar nicht genutzt wird!

Die Antworten auf die Frage nach dem Nutzen müssen demnach lauten:

▲ Die Gesundheitsbranche erschließt sich ein neues Fachkräftepotenzial. Sie kann sicher sein, dass sie aufgrund der besseren finanziellen Rahmenbedingungen und dementsprechend zahlbaren Gehältern ein attraktiverer Arbeitgeber als die Arbeitgeber in der Altenhilfe sein kann.

▲ Das Berufsbild Altenpflege wird aufgegeben, um eine grundsätzliche Trennung in als originär definierte pflegerische Aufgaben, die der Logik der Kostenträger und der Gesundheitsbranche entsprechen, und andere Aufgaben zu erreichen, wie sie mit Einführung der Betreuungskräfte laut § 87b Abs. 3 SGB XI bereits angebahnt wurde und mit dem 2. Pflegestärkungsgesetz weiter ausgebaut wird.

Wie konnte es dazu kommen? | Beginnen wir bei der Verantwortung der Ausbildungsstätten. Zur Jahrtausendwende zeichnete sich bereits die oben skizzierte Entwicklung angesichts des bevorstehenden Bundesaltenpflegegesetzes ab. Schon damals lag auf der Hand, dass in der neu geregelten Ausbildung das sozialpflegerische Profil zugunsten heilkundlicher Kompetenzen zurückgeschraubt wird und dass die Rückführung auf den „Kern Pflege“ Verluste auf dem Qualifikationskonto des Sozialen bewirken würde. Eine Weichenstellung, die das Ende einer Periode markierte: „Noch vor fünfzehn Jahren interessierte das Thema einer einheitlichen Pflegeausbildung nicht [...] Die Arbeit mit Menschen mit Behinderungen, mit alten Menschen lag jenseits des Interesses der Berufe im Gesundheitswesen. Zudem hatten die 70er Jahre einen klaren Blick auf die destruktiven Strukturen eines ausschließlich auf ein medizinisches Leitbild

orientierten Versorgungssystems gebracht. Das Soziale stand hoch im Kurs“ (Hoppe 2000). Ausbildungsstätten für Altenpflege standen nun vor der Situation, den „neuen Gesundheitsberuf“ weiterhin mit einem „sozialpflegerischen Kern“ auszustatten, das Soziale in seinem unverzichtbaren Wert für die (Entwicklung der) Altenhilfe sichtbar zu machen.

Gegen den Trend war sicherzustellen, dass Altenpflegerinnen und -pfleger nicht nur über die Grundsätze professioneller Gesprächsführung und Methoden im Umgang mit Menschen in schwierigen Lebenssituationen (Demenz, Depression, Sterben), sondern auch zur Beratung von Angehörigen und der Betreuung von Heimbewohnerinnen und -bewohnern und anderen Hilfebedürftigen verfügen, sondern dass sie für den „Wert des Sozialen“ in der Altenpflege auch professionell eintreten und streiten können. Die Einschätzung lautete: Entweder gelänge es den Ausbildungsstätten, mit forcierten Anstrengungen zu dieser Klarheit beizutragen, oder sie würden daran mitwirken, „dass das an Betreuungsqualität verschwindet, was sie selbst ankreiden und beklagen“ (Hoppe 2000).

So wahr – so falsch, lautet die Antwort heute. Schließlich kann keine Ausbildung Versorgungsstrukturen und ihre Finanzierung nachhaltig beeinflussen. Das Zitat kann als Plädoyer dafür gelesen werden, dass sich die Akteure der Ausbildung dieser Verantwortung bewusst sind, dass sie tragfähige Problemlösungen vermitteln, die die Diskrepanz zwischen „nachgiebiger Praxis“ und „gesetzten Bedarfen“ überwinden können und exemplarischen Wert für die Lösung typischer Dilemmata beruflichen Handelns besitzen.

Wie ging das Soziale im Altenpflegeberuf sukzessiv verloren? | Mit der Einführung der Pflegeversicherung und ihres Teilkaskoprinzips etablierte sich eine Welt der Minutenwerte in der Pflege als Maßstab für die gewährte Unterstützung in der Alltagsbewältigung und den konkreten Pflegebedarf. Die komplexe Lebenswelt der Pflegebedürftigen sowie die vor allem psychischen Auswirkungen von Verlusten – der Beziehung zu sich selbst durch Demenz, Depression oder Zwänge oder zu anderen Menschen – wurden faktisch nicht mehr finanziell abgesichert. Entsprechend veränderte sich der bezahlte Auftrag der Einrichtungen und Dienste und ihrer Beschäftigten, auch wenn der Bedarf an sozialer Unterstützung

und Ansprache unverändert blieb. Die zentrale Begründung für die Entwicklung des Berufsbilds der Altenpflege, dass die soziale Dimension in der Altenpflege den konkreten Pflegebedarf bestimmt, stand nun zur Disposition. Zwar galten soziale Kompetenzen weiterhin als wichtig, aber nachrangig.

Bis dato hatte sich Altenpflege kontinuierlich an der Schnittstelle von Pflege und Sozialer Arbeit entwickelt. Es gab einen breiten Konsens darüber, dass der Altenpflegeberuf unteilbar sei. Vorschläge für die Einführung von Helferausbildungen wurden mit Hinweis auf die „unteilbarkeit“ der Dienstleistung außerordentlich kritisch gesehen. Der Vorschlag, zweijährige Qualifizierungen zum Sozialassistenten einzuführen, wie dies beispielsweise der Deutsche Verein 1994 (Frommann 1994) forderte, wurde als Rückschritt und Angriff auf die Professionalisierung der Altenpflege gewertet. Zahlreiche Initiativen zur Einführung von zweijährigen Berufen, hier zum Beispiel für die ambulante Pflege, hatten in dieser Zeit keine Chance. Doch schon kurz nach Einführung der Pflegeversicherung 1995 problematisierte man nun mit Verweis auf das erforderliche Kompetenzspektrum eine Überfrachtung der Altenpflegeausbildung. Sie wurde als Ursache für einen nur wenige Jahre währenden Berufsverbleib angeführt (Becker; Meifort 1996).

Von den ausbildungspolitischen Debatten unbenutzt beziehungsweise hingenommen waren es die ersten, 200 Lehrstunden umfassenden Hauspflegekurse für den ambulanten Sektor, die eine Wende einleiteten. Fortbildungen, die dazu dienen sollten, Ungelernte auf ihre Arbeit vorzubereiten, schienen aus Fachkraftperspektive unschädlich, solange hierdurch kein neuer Abschluss generiert wurde. Die dort vermittelten Lehrinhalte waren es nicht. Mangels Sorgfalt, Kenntnis oder bildungs- und fachpolitischer Substanz wurden in die Themenpläne vor allem soziale Fertigkeiten und Fähigkeiten (abgesehen von der Grundpflege) aufgenommen, die von ihrer Beschreibung anspruchsvoller waren, als es die geringe Anzahl von Stunden zuließ. Die Diskrepanz der auf dem Papier formulierten Ziele zum faktisch Realisierbaren wurde von niemandem kritisiert. Ein Stillschweigen, das übrigens bis zum heutigen Tag währt. Es entwickelte sich jenseits der Expertise beruflicher Bildung der Eindruck, dass man das Soziale zum Schmaltarif bekommen könnte. Zahllose Maßnahmen zur Qualifikation zum Altenpflegehelfer, Altenassistenten, Alten-

therapeuten etc., gefördert durch Arbeitsagenturen und Jobcenter, bewirkten ein Übriges und wurden vielfach bei Trägern ohne jeden Bezug zum Praxisfeld angesiedelt.

Aus dieser Perspektive war es bis zu den „Betreuungsassistenten“ und damit verbunden einer zunehmenden Trennung von Betreuung und Pflege nur noch eine Frage der Zeit. Die für sie geltenden Richtlinien nach § 87b SGB XI des GKV-Spitzenverbandes sind Ausdruck dieses Verständnisses. In der Beschreibung der Qualifizierungsmaßnahmen wird zwar ausdrücklich von Grundkenntnissen gesprochen – aber wer will ernsthaft behaupten, dass es in nur 100 Stunden, in denen auch Grundkenntnisse der Pflege in allen Dimensionen sowie der Ersten Hilfe und der Notfallversorgung vermittelt werden, also in zirka 40 bis 50 Stunden, gelingen kann, Grundkenntnisse der Kommunikation und Interaktion sowie über Demenzerkrankungen, psychische Erkrankungen, degenerative Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten zu erwerben und einen angemessenen Umgang mit ihnen zu erlernen.

Weitere 60 Stunden stehen für die Themen Betreuung, Betreuungsrecht, Ernährungslehre und Hauswirtschaft, Beschäftigung und Freizeit, Bewegungsangebote und die Kommunikation und Zusammenarbeit mit den an der Pflege Beteiligten, Angehörigen und Ehrenamtlichen zur Verfügung.⁵ Der Bildungsdreischritt von „Wissen anwenden, verarbeiten und priorisieren können“ sei, so wird in den Richtlinien suggeriert, im genannten Themenspektrum in nur knapp drei Wochen machbar. Deutlicher konnte die Missachtung und in der Folge eine De-facto-Deprofessionalisierung des für die Aufgabenbewältigung notwendigen Niveaus der dafür als erforderlich erachteten Fertigkeiten, Fähigkeiten und Kompetenzen nicht erfolgen. Die große Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte bei gleichzeitigem Fachkräftenotstand begann, die Realität in den Einrichtungen und das Niveau sozialer Dienstleistungen zu prägen.

Heute diskutieren wir die Unterscheidung zwischen Care und Cure (Hoberg u.a. 2013). Die Debatte kann als Versuch gesehen werden, die lebensweltliche Dimension im professionellen Umgang mit Pflegebedürftigkeit nicht preiszugeben. Ob dieser Weg das

⁵ Die Beschreibung legt eine Zuordnung zur Niveaustufe 2 des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) nahe und bewegt sich damit in der Nähe einer einjährigen beruflichen Grundbildung an einer Berufsfachschule.

Schwinden des Sozialen verhindert oder befördert, wird sich in den nächsten Jahren zeigen.

Welche Kompetenzen bleiben für die Altenpflege erforderlich? |

Seit je lautet die Antwort von Leitungskräften in der Altenpflege auf die Frage „Was muss aus Ihrer Sicht eine Altenpflegekraft in erster Linie können?“ in etwa so, wie *Regula Lüthi* und *Christoph Abderhalden* die Praxis der psychiatrische Pflege definieren: Sie „unterstützt Individuen und Gruppen im Rahmen eines Problemlösungs- und Beziehungsprozesses bei der Bewältigung des Alltags und beim Streben nach Wohlbefinden, bei der Erhaltung, Anpassung oder Wiederherstellung von physischen, psychischen und sozialen Funktionen und beim Umgang mit existenziellen Erfahrungen“ (Lüthi; Abderhalden 2004, S. 325). Darauf kommt es an. Die von der Krankenpflege geforderten Vorbehaltsaufgaben werden demgegenüber als rasch erlernbar und handwerklich lösbar betrachtet.

Demnach sind es aus Sicht der Expertinnen und Experten sowie der Praktikerinnen und Praktiker unverändert die erforderlichen personalen und sozialen Kompetenzen, um sich selbstständig, wenn auch abhängig beschäftigt in komplexen und sich stetig verändernden Situationen angemessen zu verhalten. *Martin Baethge* (2011) identifiziert auf der Basis von Expertenratings unter anderem die folgenden, im Verhältnis zu anderen Dienstleistungsberufen deutlich höher gewichteten Anforderungen an diesen, wie er ihn nennt, neuen „interaktiven Dienstleistungstypus“:

- ▲ Patienten-/Klientenversorgung: Problemanalyse-, Entscheidungs- und Interventionskompetenz; unvorhergesehene Probleme lösen, schwierige Entscheidungen treffen;
- ▲ Kommunikation und Beziehungsaufbau: Fähigkeit zur Dialogsteuerung in schwierigen Situationen und mit belasteten Patienten; schwierige Sachverhalte vermitteln; besondere Verantwortung für andere Menschen übernehmen;
- ▲ inter- und intradisziplinäre Kooperation: Kooperationsfähigkeit in status- und wissensheterogenen Gruppen;
- ▲ administrative Kompetenzen: Umgang mit institutionellen Rahmenbedingungen.

Dem entspricht eine Ausdifferenzierung an Verfahren und Methoden, wie sie in der Altenhilfe insbesondere für Demenzerkrankungen erfolgt ist.

Ein Fazit? | Das exemplarisch gewählte Beispiel des Um- beziehungsweise Abbaus eines aufgrund der hohen Beschäftigungszahlen relevanten Berufsbildes sowie der zu lösenden Anforderungen, vor die uns der demographische Wandel stellt, zeigt eine zunehmende Verengung in der Qualifizierung auf die finanzierten Versorgungstatbestände auf. Man könnte kritisch einwenden, dass dies in der Logik eines Gesundheitsberufs liegt und die Multimorbidität alter Menschen den veränderten Bedarf belegt. Das ist so richtig wie falsch, denn die Entscheidung, was als zwingend erachtet wird, spiegelt einen gesellschaftlichen Konsens, der durch demokratische Wahlen legitimiert wird. Insofern folgt wohl die Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger der Auffassung, dass soziale Kompetenz im Feld der Pflege Beigabe von Professionalität ist. Zwar ist die Erwartung daran hoch, sobald man selbst Betroffener ist, die Bewertung der notwendigen Qualifikation jedoch niedrig. Gilt dieses nur auf dem Feld der Gesundheit?

Ähnlich quantitativ und qualitativ bedeutsam ist der Beruf des Erziehers beziehungsweise der Erzieherin. Abgesehen davon, dass eine Fachkraftquote von mindestens 50 Prozent, wie sie in der Altenhilfe gilt, hier undenkbar wäre, käme man in diesem Arbeitsfeld wohl kaum auf die Idee, den Aufgaben „am Kind“ unterschiedliche Personen zuzuordnen und sie damit zu „taylorisieren“, auch wenn eine ähnliche Logik denkbar wäre, der durch den propagierten Wandel der Kita zu einem Ort der Bildung der Weg gebahnt wird. In Analogie zur Entwicklung in der Altenpflege würden dann alle Beschäftigungsangebote, der Morgenkreis, das gemeinsame Essen, das Freispiel etc. von Betreuungskräften abgedeckt, lediglich die Bildungsthemen, hier insbesondere die sprachliche Bildung oder die naturwissenschaftlichen Themen, blieben den Fachkräfte vorbehalten. Eine Qualität, die von Vertreterinnen und Vertretern der Kinder- und Jugendhilfe definitiv nicht als pädagogischer Standard akzeptiert würde.

Insofern sind es nicht die sozialen Berufe, die einer Deprofessionalisierung unterliegen, es sind die Strukturentscheidungen in den spezifischen Versorgungssegmenten, die Qualifikationsprofile von Berufen bestimmen und „überflüssig“ machen. Eine hohe Qualität des Sozialen wird in der Altenhilfe und Altenpflege als verzichtbar erklärt – es sei denn, man kann sie sich leisten.

Post Skriptum: Es gibt begründete Szenarien, dass mit dem neuen Pflegeberufegesetz allein durch den Umbau, aber auch durch erhöhte Zugangsvoraussetzungen und den Wegfall berufsbegleitender Ausbildungsmöglichkeiten etc. zehntausende Ausbildungsplätze verloren gehen werden. Die Annahme, dass damit und zusammen mit der Einführung einer akademischen Erstausbildung der nächste Schritt erfolgt, um die skizzierte Trennung zwischen den sozialpflegerischen Aufgaben durch Helferinnen und Helfer oder Assistenten und der sogenannten Fachpflege weiter voranzutreiben, ist nicht von der Hand zu weisen. Dann wäre es eventuell auch nur noch ein kleiner Schritt vom Case zum Care Management als Regelleistung bei Pflegebedürftigkeit und Assistenzbedarf.

Dr. Birgit Hoppe, Dipl.-Psychologin, ist Vorstandsvorsitzende und Direktorin der Stiftung Sozialpädagogisches Institut Berlin – Walter May. E-Mail: info@stiftung-spi.de

Literatur

- Baethge**, Martin: Qualifikation, Kompetenzentwicklung und Professionalisierung im Dienstleistungssektor. Unveröffentlichtes Manuskript vom 14.6.2011
- Becker**, Wolfgang; Meifort, Barbara: Altenpflege – eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? Dokumentation einer Längsschnittuntersuchung zu Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften. Bielefeld 1996
- BMFSFJ** – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Pflegeausbildung in Bewegung. Ein Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Berlin 2008 (http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/PiB_Abschlussbericht.pdf; abgerufen am 6.11.2015)
- BMFSFJ**; BMG – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bundesministerium für Gesundheit: Vorläufiger Arbeitsentwurf BMFSFJ/BMG für das Bundesländer-Gespräch auf Fachebene am 2./3. Juni 2015. In: http://www.dvlab.de/buendnis-altenpflege/pdf/Arbeitsentwurf_Pflegeberufsgesetz_BMFSFJ_BMG_Stand_Mai_2015.pdf (abgerufen am 6.11.2015)
- Bundesverfassungsgericht**: Urteil zum Bundesaltenpflegegesetz. In: BVerfG, 2 BvF 1/01 vom 24.10.2002, Rn. (1-392) (http://www.bverfg.de/efs20021024_2bvf000101.html; abgerufen am 29.10.2015)
- CDU; CSU; SPD**: Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. Berlin 2013, S. 85
- Frommann**, Matthias: Basisausbildung Sozialpfleger? In: Arnold, Karen; Hoppe, Birgit: Curriculumentwicklung und Professionalisierung. – Altenpflege, Altenhilfe, Altenarbeit. Frankfurt am Main 1994

FORSCHUNG ÜBER MULTI-PROBLEMBELASTETE FAMILIEN | Herausforderungen bei ihrer Motivierung zur Teilnahme an Forschungsvorhaben

Susan Sierau; Josefine Aurich; Claudia Rothe; Leonhard Resch; Jenny Horlich; Elena Giourges; Anna Costa; Lars White; Martin Binsler; Maria Kurz-Adam; Kai von Klitzing

Görres, Stefan: „Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten“ – Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes – Ergebnisbericht. In: https://www.pflege-ndz.de/tl_files/pdf/Image_Abschlussbericht-Endfassung.pdf (veröffentlicht 2010, abgerufen am 26.10.2015)

Hoberg, Rolf; Klie, Thomas; Künzel, Gerd: Strukturreform Pflege und Teilhabe. Freiburg im Breisgau 2013 (http://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Strukturreform_PFLEGE_TEILHABE_Langfassung.pdf; abgerufen am 30.10.2015)

Hoppe, Birgit: Draußen vor der Tür – Prognosen für die Ausbildung der Zukunft. In: *Altenpflege* 1/2000, S. 31

Hoppe, Birgit: Pflege. In: Kreft, D.; Mielenz, I. (Hrsg.): *Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. Weinheim und München 2013, S. 657-661

Hoppe, Birgit; Frommelt, Mona (Hrsg.): Europa und die deutsche Pflegeausbildungsreform – Welche Zusammenhänge wirklich bestehen. In: http://www.hwa-online.de/uploads/media/Europa_und_die_deutsche_Generalistik.pdf (veröffentlicht 2015, abgerufen am 4.11.2015)

Kunczik, Thomas: Wetterleuchten. Wie wird sich eine einheitliche Pflegeausbildung auf die Zahl der künftig in der Altenpflege tätigen Fachkräfte auswirken? Eine Studie der DGGPP. In: *Altenpflege* 10/2015, S. 36-37

Lüthi, Regula; Abderhalden, Christoph: *Psychiatrische Pflege*. In: Rössler, Wulf (Hrsg.): *Psychiatrische Rehabilitation*. Berlin und Heidelberg 2004

Zusammenfassung | Der Artikel beschreibt anhand des Forschungsprojektes AMIS exemplarisch, wie Forschung über multiproblembelastete Familien gelingen kann. Es werden die sich hierbei ergebenden Herausforderungen an die Familien, den Allgemeinen Sozialen Dienst und die Forschung dargestellt und Wege zu deren Bewältigung aufgezeigt. Interdisziplinäre Zusammenarbeit erweist sich als wesentliches Kriterium für eine gelingende Forschungsarbeit über multiproblembelastete Familien.

Abstract | Drawing on experiences in a research project focusing on childhood maltreatment (AMIS) this paper briefly summarizes ways to recruit at-risk families with multiple problems for research. It describes the inherent challenges for the participating families, the child protection services as well as the research institutions, more generally. In sum, interdisciplinary collaboration is a crucial criterion to successfully research with at-risk families.

Schlüsselwörter ► Kinderschutz

► empirische Untersuchung ► Befragung

► Methode ► Zielgruppe

1 Ausgangslage |

Das Thema der sozialen Benachteiligung und Armut ist in den letzten Jahren immer stärker in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt. Eine aktuelle Studie der UNICEF zur Lage der Kinder in Deutschland von 2013 ruft zu einer Verbesserung der Teilhabechancen für Kinder aus niedrigeren sozialen Schichten auf. So haben zwischen 2000 und 2010 rund neun Prozent der deutschen Kinder und Jugendlichen langfristige Armutserfahrungen gemacht, wobei die meisten von ihnen in einem Haushalt lebten, der mit weniger als 60 Prozent des Durchschnittsein-