



Eva Maria Löffler

Haltung und professionelles Handeln in sozialen Berufen

Eine qualitative Untersuchung
am Beispiel von Pflegefachkräften
in ambulanten Pflegediensten

BELTZ JUVENTA

Eva Maria Löffler

Haltung und professionelles Handeln in sozialen Berufen

Eva Maria Löffler

Haltung und professionelles Handeln in sozialen Berufen

Eine qualitative Untersuchung am Beispiel von Pflegefachkräften in ambulanten Pflegediensten

BELTZ JUVENTA

Die Autorin

Eva Maria Löffler, Jg. 1986, Dr. phil., ist Sozialarbeiterin/staatlich anerkannte Sozialpädagogin (M. A. Soziale Arbeit). Sie arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachgebiet Lebenslagen und Altern des Fachbereichs Humanwissenschaften der Universität Kassel. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind: Soziale Arbeit und Alter, Soziale (Alten-)Arbeit, Versorgung und Pflege im Kontext kommunaler Daseinsvorsorge, Professionalisierung, Wandel und Globalisierung der Gesundheits- und Sozialberufe.

Dissertation Universität Kassel, Fachbereich 01 Humanwissenschaften
Datum der Disputation: 19. Juli 2021

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-7799-6857-3 Print
ISBN 978-3-7799-6858-0 E-Book (PDF)

1. Auflage 2022

© 2022 Beltz Juventa
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Herstellung: Myriam Frericks
Satz: Datagrafix, Berlin
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein klimaneutrales Unternehmen (ID 15985-2104-100)
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	8
Tabellenverzeichnis	8
Abkürzungsverzeichnis	9
Danksagung	10
1 Einleitung	13
2 Soziale Dienste und Entwicklungen in der Altenpflege	18
2.1 Entstehung sozialer Dienste zur Versorgung älterer und alter Menschen	18
2.2 Altenpflege als wachsender Dienstleistungssektor	23
2.3 „Fachkräftemangel“ in der Altenpflege	27
2.4 Strategien zur Fachkräftegewinnung	29
2.4.1 Gewinnung von Fachkräften im Inland	29
2.4.2 Rekrutierung von Fachkräften im Ausland	31
2.5 ‚Interkulturalität‘ in der Altenpflege	35
3 Forschungsstand, Untersuchungsziel und Forschungsfrage	38
3.1 Zuwanderung von Fachkräften in die Pflegeberufe	39
3.1.1 Hürden und Hemmnisse der Anwerbung	39
3.1.2 Erfolgreiche Anwerbung und nachhaltige Integration	43
3.1.3 Interaktion im multikulturellen Team	47
3.1.4 Erfahrungen und Erleben der zugewanderten Fachkräfte	50
3.1.5 Zusammenfassung und Forschungslücken	52
3.2 Spezifika der (ambulanten) Altenpflege	56
3.3 Untersuchungsziel und Forschungsfrage	61
4 Theoretische und methodologische Vorüberlegungen	62
4.1 Erkenntnis- und wissenschaftstheoretische Verortung	62
4.1.1 Verstehende Soziologie und soziales Handeln	63
4.1.2 Sozialkonstruktivismus	65
4.1.3 Interpretatives Paradigma	67
4.2 Berufliche Sozialisation	68
4.2.1 Lebenslanger Prozess in zwei Abschnitten	69
4.2.2 Wechselseitiger Prozess in sozialen Kontexten	70
4.3 Wandel von Lebenslauf und Berufsbiografie	71

4.4	Methodologische Schlussfolgerungen	73
4.4.1	Exploratives Vorgehen	74
4.4.2	Explorativ, aber nicht theorieles	74
4.4.3	Multimethodisches Vorgehen	75
4.4.4	Vorüberlegungen zur Forschungsstrategie	76
4.4.5	Vorüberlegungen zur Samplebildung	78
4.4.6	Vorüberlegungen zum Auswertungsprozess	80
5	Methodisches Vorgehen	82
5.1	Drei Kriterien des problemzentrierten Interviews	82
5.2	Samplebildung und Feldzugang	84
5.3	Datenerhebung	86
5.4	Datensicherung und -aufbereitung	90
5.5	Datenanalyse	92
5.5.1	Einzelfallanalyse	92
5.5.2	Fallübergreifende Analyse und Fallvergleich	99
5.5.3	Diskussion der Interpretationen	101
6	Ergebnisse	103
6.1	Einzelfalldarstellungen	104
6.1.1	Frau Haimčić: „Menschlichkeit, das kann man in der Schule nicht lernen.“	104
6.1.2	Frau Afimović: „Wenn man bei Patienten ist, muss man sehr erfinderisch sein.“	118
6.1.3	Frau Wilkowski: „Man hat mehr Spaß an der Arbeit, wenn man weiß, was man tut.“	134
6.1.4	Frau Ganser: „Das kannst du ja net lernen, das musst du irgendwie einfach sehen.“	147
6.1.5	Frau Wunderlich: „Man kann das Gelernte umsetzen und das macht Spaß.“	162
6.2	Fallübergreifende Darstellung	176
6.2.1	Sozialisation und Berufswahl(-motivation)	177
6.2.2	Interpersonelle, übersituative Handlungslogiken	178
6.2.3	Biografische Themen	188
6.3	„Gute Pflege“	190
6.3.1	Fachwissen	190
6.3.2	Praxiswissen	192
6.3.3	Haltung	195
6.3.4	Weitere Voraussetzungen für „gute Pflege“	199
6.3.5	Professionell Handeln	207
6.4	Zusammenfassende Ergebnisdarstellung	213

7	Reflexion des Forschungsprozesses	216
7.1	Die drei Kriterien des PZI als Herausforderungen und Grenzen	216
7.1.1	Problemzentrierung: Offenheit vs. Forschungsinteresse	217
7.1.2	Gegenstandsorientierung: Situativ auf die Interviewpartnerin eingehen	218
7.1.3	Prozessorientierung: Interview als gemeinsamer Prozess	220
7.2	Die Interviewpartnerinnen	222
7.2.1	Diskussion des Samples	222
7.2.2	Problem der komplexen Rollenbeziehung im Feldzugang	223
7.2.3	Eigeninteressen vs. Offenheit der Interviewten	224
7.3	Herausforderungen während der Datenerhebung	226
7.4	Sicherung und Aufbereitung der Daten	228
7.5	Datenanalyse: Auswertung und Interpretation	229
7.6	Zusammenfassende Überlegungen zur Aussagekraft des Materials	231
8	Diskussion der Ergebnisse	233
8.1	Lebenslauf, Sozialisation und Biografie	233
8.1.1	Haltung, Handlungslogiken und biografische Themen im Beruf	234
8.1.2	Berufswahl, Sozialisation und biografische Themen	237
8.1.3	Gestaltung der Berufsbiografie	242
8.1.4	Berufsverbleib	244
8.1.5	Zwischenfazit	248
8.2	Professionelles Handeln	250
8.2.1	Professionelles Handeln nach Dewe und Otto	251
8.2.2	Unterschiedliche Wissensformen und das Verhältnis von Theorie und Praxis	252
8.2.3	Haltung als Bestandteil professionellen Handelns	255
8.2.4	Bedeutung und Verwendung von Wissenschaftswissen	260
8.2.5	Arbeitsbündnis	263
8.2.6	Familiarität	266
8.2.7	Sprache und Verstehen	267
8.2.8	Rahmenbedingungen und professionelles Handeln	269
8.3	Rolle und Anerkennung	275
8.3.1	Rekonstruktion der eigenen Rolle	275
8.3.2	Anerkennung und Wertschätzung	279
9	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	285
	Literatur	292

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Sieben Dimensionen nachhaltiger Integration von zugewanderten Fachkräften	43
Abbildung 2: Programmatik des problemzentrierten Interviews	77
Abbildung 3: Beispiel für die Anwendung des SLB-Schemas	95
Abbildung 4: Beispiel für die Anwendung des ARB-Schemas	96
Abbildung 5: Professionelles Handeln aus Sicht der interviewten Altenpflegerinnen	208
Abbildung 6: Abwägen zwischen Berufsverbleib und Berufsausstieg	249
Abbildung 7: Beteiligte in der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf	278

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Sample der Studie im Überblick	85
Tabelle 2: Regeln der Transkription und Anonymisierung	91
Tabelle 3: Soziodemografische Daten der Interviewpartnerinnen	103
Tabelle 4: Übersituative Handlungslogiken und biografische Themen der Interviewpartnerinnen	177

Abkürzungsverzeichnis

AltPflG	Altenpflegegesetz
BA	Bundesagentur für Arbeit
BeschV	Beschäftigungsverordnung
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium des Innern
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
BQFG	Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HMSI	Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
KrPflG	Krankenpflegegesetz
PflBG	Pflegeberufegesetz
PZI	Problemzentriertes Interview
RKI	Robert Koch Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
StaBuA	Statistisches Bundesamt

Danksagung

Vor dem Einstieg in die eigentliche Arbeit bedanke ich mich zuallererst bei meinen Interviewpartnerinnen – ohne Ihre Bereitschaft, mir von Ihrem beruflichen Alltag zu erzählen, hätte diese Arbeit nicht entstehen können. Ich danke Ihnen für das Vertrauen und die Offenheit, mit der Sie mir und meiner Untersuchung entgegengetreten sind!

Mittlerweile sind seit den Interviews und meiner Entscheidung, das Projekt ‚Promotion‘ anzugehen, vier Jahre vergangen. Zum Glück hatte ich nur eine vage Vorstellung davon, was mich erwartete. Hätte ich geahnt, wie viele Emotionen so eine Arbeit auslösen kann, vielleicht hätte ich es nie gewagt. In diesem Sinne kann ich den Menschen, die mich in dieser Zeit tagtäglich begleitet haben, nur aus ganzem Herzen für ihre Geduld und ihre Nachsicht danken: Danke, Karolina und Leni Csepregi, dass ihr mich auf diesem gesamten Weg ausgehalten und unterstützt, motiviert und manchmal auch hervorragend abgelenkt habt!

Ein riesiges Dankeschön gebührt nach all den Jahren den zwei Menschen, die mir diesen Weg ermöglicht und mich dann auf diesem begleitet haben: meinen Dokoreltern Frau Prof. Kirsten Aner (Universität Kassel) und Herr Prof. Peter Hammerschmidt (Hochschule München). Ich danke Ihnen beiden ganz besonders dafür, dass Sie mich und auch meine Ideen stets ernstgenommen und mit mir auf Augenhöhe diskutiert haben. Ohne Ihre fachliche Begleitung, Ihre kritischen Anmerkungen und Ihre Geduld und Zeit für Diskussionen wäre diese Arbeit nicht zu dem geworden, was hier heute vorliegt. Ihr Glaube an mich und an meine Doktorarbeit hat mich durch so manche Krise geführt!

Sehr wertvolle inhaltliche Anregungen habe ich zudem den Kolleg/-innen der Promotionskolloquien an der Hochschule München, hier insbesondere Theresa Grüner und Ngan Nguyen-Meyer, und am Institut für Sozialwesen an der Universität Kassel zu verdanken. Ich danke euch für die Zeit und die Mühe, die ihr in meine Entwürfe gesteckt habt. Bemerkenswert war der stets kritische, aber sehr wertschätzende Umgang mit meinem Material, es hat mir große Freude bereitet, mit euch zu diskutieren! Ein herzlicher Dank auch an Herrn Prof. Felix Welti (Universität Kassel), Ihre Literaturhinweise in meinem Postfach haben mich jedes Mal erfreut und nicht zuletzt inhaltliche Auseinandersetzungen angeregt. Danken möchte ich namentlich zudem meinen Kolleginnen, die über die Zeit zu Freundinnen und Vertrauten wurden: Erna Dosch und Samia Aden, Franziska Seidel, Hannah Müller-Pein, Lisa Börner-Judt und Meike Warnke sowie Yasemin Ucan und Natalie Hubenthal. Für anregende Diskussionen im ersten Stock danke ich Christoph Suchert und Julian Sehmer; für sein geliehenes Ohr auf so mancher Zugfahrt möchte ich mich bei Hannu Turba bedanken. Euer aller Support war Gold wert!

Sabine Stange danke ich für die große Sorgfalt, mit der sie mein fertiges Manuskript durchgesehen hat!

Meiner gesamten Familie möchte ich abschließend für den bedingungslosen Zuspruch und den Rückhalt, der mir jederzeit sicher war, danken. Und Familie – das empfinde ich wie die von mir interviewten Fachkräfte – sind mehr Menschen als nur die Blutsverwandten!

Danke!

Kassel, im Juni 2021

Eva Maria Löffler

1 Einleitung

„[Es ist] wichtig, die öffentliche Daseinsvorsorge auszubauen, deren Qualität zu steigern sowie die Arbeitsbedingungen und die Verdienstmöglichkeiten der meist weiblichen Care-Beschäftigten deutlich zu verbessern. Nur so sind die Fachkräfte [...] zu finden, die für den erforderlichen Ausbau der sozialen Infrastruktur vorhanden sein müssen.“ (Winker 2019, S. 63)

Das vorangegangene Zitat könnte als Fazit am Ende dieser Arbeit stehen, kann aber auch als Motto und roter Faden durch die vorliegende Studie führen. Denn die Studie rekonstruiert, am Beispiel der ambulanten Altenpflege, wie Fachkräfte ihr berufliches Handeln begründen. Sie zeigt auf, dass Fachkräfte in der Interaktion mit älteren und alten Menschen nicht nur auf unterschiedliche Wissensbestände, sondern auch auf eine spezifische, biografisch fundierte Haltung zurückgreifen. Es sind zudem biografische Themen und spezifische Vorstellungen vom Umgang mit älteren und alten Menschen, die dazu führen, dass Fachkräfte sich für einen sozialen Dienstleistungsberuf entscheiden. Können diese Vorstellungen nicht realisiert werden, kann das zu einem Wechsel des Arbeitsfeldes und bzw. oder dem Ausstieg aus dem Beruf führen. Sollen Fachkräfte für soziale Berufe nicht nur gewonnen, sondern auch im Beruf gehalten werden, um den zukünftigen Dienstleistungsbedarf zu decken, müssen die sozialpolitischen Rahmenbedingungen des professionellen Handelns in sozialen Berufen dem Rechnung tragen. Es muss den Fachkräften (wieder) möglich sein ihrer Haltung (die auch die Berufswahlmotivation umfasst) entsprechend zu handeln.

Ein Ausbau von Angeboten ist vor dem Hintergrund der älter werdenden Gesellschaft bei gleichzeitig steigender Altersarmut – verstanden als Mangel in subjektiven und objektiven Handlungsspielräumen – insbesondere im Bereich der Altenhilfe notwendig. Dabei ist Altenhilfe als Gesamtheit aller Dienstleistungen zu verstehen, die von verschiedenen Berufsgruppen zur Unterstützung älterer Menschen vorgehalten werden. Die Inanspruchnahme sozialer Dienste soll diese Menschen in der Bewältigung von lebensalter- und sozialstrukturtypischen Problemen unterstützen (vgl. Böhnisch 2012, S. 220; auch Bauer 2001; Aner und Hammerschmidt 2018, S. 2, 179–184). Auch bei Pflege- und Unterstützungsbedarf möchte die Mehrheit der Älteren zuhause wohnen bleiben. Da der Verbleib in der eigenen Wohnung (aus Kostengründen) auch im Interesse der Kommunen liegt (u. a. Hammerschmidt und Löffler 2020), werden wohnungs- und städtebauliche Anstrengungen zunehmend hierauf ausgerichtet

(u. a. Gatterer 2007). Zudem wird der Ausbau ambulanter Hilfen gestärkt und die Unterstützung im Quartier fokussiert (KDA 2006, S. 16; Kremer-Preiß 2012, S. 554; BMFSFJ 2016).

Dem wachsenden Bedarf an sozialen Dienstleistungen in der Altenhilfe steht der sogenannte Fachkräftemangel entgegen. Ohne die Diskussion schon an dieser Stelle ausführlich führen zu können, verweist der Zusatz ‚sogenannte‘ darauf, dass das Kernproblem in den sozialen Berufen nicht grundsätzlich der Mangel an qualifizierten Fachkräften ist. Es ist vielmehr so, dass neben den niedrigen Löhnen die spezifischen Arbeitsbedingungen in diesem Bereich dazu führen, dass Fachkräfte die Berufe verlassen. Speziell in der Pflege ist zu beobachten, dass die Mitarbeiter/-innen sich weiterqualifizieren, um nicht mehr ‚am Bett‘ tätig sein zu müssen (u. a. Grosch 2018). Der so entstehende Mangel an Mitarbeiter/-innen in der direkten Pflege führt zur Anwerbung von Fachkräften im Ausland. Erste empirische Studien zeigen, dass Unterschiede in den Berufs- und Pflegeverständnissen zu Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit in den so entstehenden, ‚multikulturellen‘ Teams führen. In diesen Studien wird davon ausgegangen, dass sich das pflegerische Handeln kulturbedingt unterscheidet. Dieser tendenziell kulturalisierenden Sichtweise vieler bisheriger Untersuchungen stellt die hier vorliegende Studie sozialisationstheoretisch begründete Rekonstruktionen beruflichen Handelns entgegen. Sie untersucht das berufliche Handeln von Fachkräften, die in unterschiedlichen Herkunftsländern aufgewachsen und ausgebildet worden sind, und zeigt auf, wie Handlungslogiken im Verlauf der (beruflichen) Sozialisation entstehen und sich verändern. Sie nimmt damit einen bislang ‚blinden Fleck‘ in der Professionsforschung in den Blick. Der Erkenntnisgewinn der explorativen Erhebung liegt darin, zu verstehen, wie Angehörige sozialer Berufe handeln und ihr Handeln begründen. Durch die Analyse der Motive und berufsbezogenen Vorstellungen können Erkenntnisse zur Verbesserung der Rahmenbedingungen professionellen Handelns in der Altenpflege gewonnen werden. Durch die Einordnung und Diskussion der Ergebnisse in und anhand theoretischer und empirischer Erkenntnisse zu weiteren sozialen Dienstleistungsberufen, insbesondere der Sozialen Arbeit, lassen sich zudem übergreifende Schlussfolgerungen für soziale Berufe und sozialpolitische Veränderungen gewinnen.

Aufbau der Arbeit

Grundlage des Handelns in sozialen Berufen sind gesetzliche Regelungen. Deshalb werden einführend in *Kapitel 2* die sozialrechtlichen und sozialgeschichtlichen Hintergründe sozialer Dienste zur Versorgung älterer und alter Menschen skizziert. Der Bedarf an personenbezogenen sozialen Dienstleistungen für Ältere wird in den kommenden Jahren zunehmen (vgl. Cremer et al. 2013, S. 223;

Bonin 2020, S. 66) und insbesondere die ambulante Altenpflege an Bedeutung gewinnen. Gleichzeitig ist – wie auch in anderen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens – von einem weiter wachsenden sogenannten Fachkräftemangel auszugehen (u. a. Schmid 2010, S. 402), der die Altenpflege seit ihren Anfängen begleitet. In den letzten Jahren sind deshalb auf politischer Ebene unterschiedliche Strategien entwickelt worden, um Menschen für den Beruf zu gewinnen. Dazu gehört auch die Anwerbung von Fachkräften im Ausland. Wenngleich also davon auszugehen ist, dass Interkulturalität in der Altenpflege zukünftig nicht mehr nur auf die Pflegebedürftigen zu beziehen ist, sondern auch sogenannte multikulturelle Teams zur Normalität in Einrichtungen und Organisationen der Altenpflege gehören werden, stehen diese bisher kaum im Fokus der Forschung.

Kapitel 3 fasst die empirischen Erkenntnisse zur Zuwanderung von Fachkräften in die verschiedenen Bereiche der Pflege (stationäre Pflege in Krankenhäusern sowie Pflege- und Altenheimen, teilstationäre sowie ambulante Versorgung) zusammen. Deutlich wird, dass die Rekrutierung von Pflegekräften im Ausland sowohl für die Organisationen als auch die Menschen selbst mit Hürden und Hemmnissen auf unterschiedlichen Ebenen einhergeht. Eine besondere Herausforderung scheint die Zusammenarbeit in den dadurch entstehenden multikulturellen Teams zu sein. Begründet wird das überwiegend mit kulturellen Unterschieden, abweichenden Berufs- und Pflegeverständnissen sowie Sprachproblemen. Insbesondere für die Altenpflege, die so in keinem anderen Land existiert, ist davon auszugehen, dass die Erwartungen von zugewanderten Pflegekräften und die spezifischen Anforderungen im beruflichen Alltag, die neben der Behandlungspflege vor allem die Grundpflege und psychosoziale Aspekte umfassen, voneinander abweichen. Auch Diskrepanzen hinsichtlich des Berufs- und Pflegeverständnisses könnten in diesem Bereich der Pflege auftreten. Gleichzeitig fehlen speziell für die Altenpflege empirische Studien zu dem angedeuteten Zusammenhang zwischen professionellem Handeln und Ort der beruflichen Sozialisation sowie vergleichende Studien zum Handeln von Fachkräften aus unterschiedlichen Herkunftsländern. Für die vorliegende Untersuchung ergab sich deshalb die forschungsleitende Fragestellung: *„Wie begründen in der ambulanten Pflege tätige Pflegefachkräfte ihr berufliches Handeln?“* Zum Forschungsgegenstand wurden damit das berufliche Handeln und die damit einhergehenden Handlungsbegründungen von Fachkräften in der ambulanten Altenpflege.

Kapitel 4 skizziert die theoretischen und methodologischen Vorüberlegungen, die sich aus dem Ziel der Untersuchung ergaben. Da davon auszugehen war, dass der Sinn, den die Pflegekräfte mit ihrem Handeln verbinden, ihnen weder unmittelbar bewusst noch durch Beobachtung erhoben werden könnte, lag die erkenntnistheoretische Verortung im *interpretativen Paradigma* nahe. Angenommen wurde zudem, dass der Handlungssinn nur durch

die Interpretation der Konstruktionen der handelnden Fachkräfte rekonstruiert werden kann; soziale Wirklichkeit also nur das Ergebnis von Konstruktion ist. In diesem Sinne erfolgte ergänzend die erkenntnistheoretische Verortung im *Sozialkonstruktivismus* (Berger und Luckmann 2007). Dem Untersuchungsgegenstand – das Handeln verstehend nachzuvollziehen – angemessen, ergab sich zudem die wissenschaftstheoretische Orientierung an der *Verstehenden Soziologie* und dem Begriff des *sozialen Handelns* im Anschluss an die Überlegungen von Weber (1984). Anschließend werden die (mehr) gegenstandsbezogenen Theorien und damit theoretische Vorüberlegungen zur beruflichen Sozialisation (Heinz 1980, 1995a, 1995b) und zum Wandel und Zusammenspiel von Lebenslauf und Biografie (insbesondere Kohli 1973, 1978b, 1985) dargelegt. Abschließend werden methodologische Schlussfolgerungen für die Entwicklung eines gegenstandsangemessenen Forschungsvorgehens abgeleitet.

Das methodische Vorgehen der qualitativen Studie wird in *Kapitel 5* dargestellt. Durchgeführt wurden problemzentrierte Interviews (Witzel 1985) mit fünf Fachkräften der ambulanten Altenpflege aus unterschiedlichen Herkunftsländern. Das generierte Material wurde zunächst mithilfe zweier Heuristiken, SLB-Schema in Anlehnung an Kohli (1978a) und ARB-Schema in Anlehnung an Kühn und Witzel (2000a; Witzel und Kühn 1999), strukturiert. Anschließend sind in einer Einzelfallanalyse situative und übersituative Handlungslogiken sowie biografische Themen rekonstruiert worden. In einem abschließenden Fallvergleich wurden diese mit dem Fokus auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten analysiert.

In *Kapitel 6* werden zunächst für jeden Einzelfall die berufsbezogenen Vorstellungen, übersituativen Handlungslogiken und biografischen Themen, die im Zusammenspiel das berufliche Handeln leiten, herausgearbeitet. Im anschließenden Fallvergleich werden für diese Themen, die darauf bezogenen Vorstellungen von Altenpflege sowie übersituative Handlungslogiken sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten aufgezeigt. Ergänzend zu den Handlungsbegründungen und damit über den eigentlichen Untersuchungsgegenstand hinausgehend, ließ sich rekonstruieren, was für die Fachkräfte ‚gute Pflege‘ bzw. professionelles Handeln ist. Auch diese Erkenntnisse werden fallübergreifend dargestellt.

In *Kapitel 7* folgt eine kritische Reflexion des methodischen Vorgehens. Es wird diskutiert, inwiefern das Vorgehen dem Forschungsgegenstand angemessen war und welche Reichweite die gewonnenen Erkenntnisse haben. Es werden zudem die Grenzen des gewählten Vorgehens und dadurch entstandene Verzerrungen aufgezeigt, die in der Phase der Auswertung und Interpretation berücksichtigt werden mussten.

Kapitel 8 diskutiert die empirisch gewonnenen Erkenntnisse. Dabei wird zunächst bezogen auf die Forschungsfrage auf den Zusammenhang zwischen Sozialisation, Biografie und beruflichem Handeln eingegangen. Mit Bezug auf

weitere Studien wird diskutiert, welchen Einfluss die biografischen Themen und handlungsleitenden Vorstellungen auf die Berufswahl, die Gestaltung der Berufsbiografie und den Berufsverbleib haben. Das erscheint insbesondere vor dem Hintergrund des eingangs erwähnten Fachkräftemangels in der Altenpflege von besonderer Bedeutung. Im empirischen Material ließ sich zudem rekonstruieren, was für die Altenpflegerinnen Bestandteile professionellen Handelns sind. In der Rekonstruktion dieser Strukturlogik professionellen Handelns zeigte sich die besondere Bedeutung einer biografisch fundierten Haltung, die von den Fachkräften neben unterschiedlichen Wissensformen in das Arbeitsbündnis mit den alten Menschen eingebracht wird. Trotz der, durch den Bundesgesetzgeber mit der Einführung der Pflegeversicherung vorgenommenen Zuordnung der Altenpflege zum medizinisch ausgerichteten Gesundheitsbereich, orientiert sich das professionelle Handeln der Fachkräfte weniger an einer medizinischen Logik. Es ist vielmehr gekennzeichnet von psychosozialen Aspekten, dem Fokus auf die Beziehungsgestaltung und die kommunikative Aushandlung von Arbeitsschritten im Arbeitsbündnis mit den Menschen. In diesem Sinne zeigen die in der vorliegenden Studie gewonnenen Erkenntnisse eine deutliche Nähe zum professionellen Handeln in der Sozialen Arbeit, die sich unter Umständen aus den Gemeinsamkeiten der historischen Entwicklung und der Dienstleistungserbringung ergeben. Es erscheint deshalb besonders gewinnbringend den Gegenstand Professionalität mit einer Theorie aus der Sozialen Arbeit zu betrachten. Als Diskussionsrahmen wurde die „Reflexive Sozialpädagogik“ im Anschluss an Dewe und Otto (2012) gewählt. Das Kapitel schließt mit Ausführungen zu zwei weiteren Entdeckungen im Material: die Rolle der Fachkräfte im Versorgungssystem sowie die Bedeutung von Anerkennung und Wertschätzung.

Die Arbeit schließt mit einer Zusammenfassung in *Kapitel 9*. Dieses abschließende Kapitel zieht zudem Schlussfolgerungen, die über die Altenpflege hinaus für soziale Dienstleistungsberufe relevant sind und insbesondere die sozialpolitischen Rahmenbedingungen des professionellen Handelns betreffen. Denn damit Fachkräfte mit ihrem Handeln nicht permanent in ein Spannungsfeld zwischen den eigenen berufsbezogenen Vorstellungen sowie der eigenen Haltung auf der einen und den vorgefundenen Handlungsmöglichkeiten in der beruflichen Praxis auf der anderen Seite geraten, ist eine Veränderung der Rahmenbedingungen des professionellen Handelns auf der sozialpolitischen Ebene notwendig.

2 Soziale Dienste und Entwicklungen in der Altenpflege

Nach § 1 SGB I soll das Sozialrecht soziale Gerechtigkeit und soziale Sicherheit verwirklichen. Altersunabhängig soll es dazu beitragen, u.a. „ein menschenwürdiges Dasein zu sichern [...] und besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen“ (§ 1 Abs. 1 SGB I). Zur Erfüllung dieses Anspruchs sollen die „erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung [gestellt werden]“ (§ 1 Abs. 2 SGB I). Um die sozialen Rechte der Bürger/-innen (§§ 2–10 SGB I) zu verwirklichen, werden Sach-, Dienst- und Geldleistungen (§§ 11, 18–29 SGB I) vorgehalten. Erbringer dieser Sach- und Dienstleistungen, „die zur Bearbeitung sozialer Probleme im sozialstaatlichen Rahmen aufgrund von Sozialgesetzen in der Form des sozialleistungsrechtlichen Dreiecksverhältnisses erbracht werden“ (Aner und Hammerschmidt 2018, S. 182), sind soziale Dienste und Einrichtungen (auch Bauer 2001; von Boetticher und Münder 2011). Durchgeführt wird die tatsächliche Erbringung der sozialen personenbezogenen Dienstleistungen dann von Angehörigen sozialer Berufe (Aner und Hammerschmidt 2018, S. 184–188). Kapitel 2.1 zeichnet die Entstehung sozialer Dienste zur Versorgung älterer und alter Menschen nach. In den kommenden Jahren wird der Bedarf an personenbezogenen sozialen Dienstleistungen für Ältere weiter steigen. Kapitel 2.2 verdeutlicht, dass insbesondere die ambulante Altenpflege von der wachsenden Nachfrage betroffen sein wird und Kapitel 2.3 zeigt, dass die Altenpflege gleichzeitig von einem erheblichen Mangel an Fachkräften gekennzeichnet ist. Darauf aufbauend skizziert Kapitel 2.4 Strategien, die verfolgt werden, um im In- und Ausland Pflegefachkräfte zu gewinnen. Obwohl der Anteil von Fachkräften mit Migrationserfahrung dadurch zunimmt, wird – wie Kapitel 2.5 abschließend zeigt – ‚Interkulturalität‘ in der Altenpflege bisher selten mit Blick auf die Pflegekräfte diskutiert.

2.1 Entstehung sozialer Dienste zur Versorgung älterer und alter Menschen

Erste soziale Dienste entstanden in der Tradition der Armenfürsorge ab *Mitte des 19. Jahrhunderts* (Sachße 2011; Hammerschmidt et al. 2017c). Neben der Sozialversicherung etablierten sich im Zuge der „socialen Ausgestaltung der Fürsorge“ erste Dienste und Einrichtungen im Bereich der Gesundheits- sowie Kinder- und Jugendfürsorge (Hammerschmidt et al. 2017c, S. 33–59). Erste Ansätze einer

gesonderten Wohlfahrtspflege für ältere Menschen entwickelten sich erst später, gegen Ende des 19. Jahrhunderts (u. a. Sachße 2011). Denn die Betreuung und Unterstützung der älteren, alten und hochaltrigen Gesellschaftsmitglieder wurde bis dahin wie selbstverständlich überwiegend von Familienangehörigen oder aber allgemeinen sozialen Diensten übernommen (u. a. Bogedan et al. 2008). Durch den zunehmenden Wandel von Arbeit und Arbeitsverhältnissen wurden Fragen nach der Sorge für Alte (und Arme) neu aufgeworfen. Neben der gesetzlichen Rentenversicherung, die zunächst nur ein Zuschuss zum Lebensunterhalt war, etablierten sich Alters- und Siechenheime, in denen u. a. für alte Menschen gesorgt werden sollte (dazu Riedel 2007, S. 47; Hammerschmidt und Tennstedt 2020, S. 288–290). Die sogenannte „Anstaltsfürsorge war [...] die Domäne vor allem der privaten, insbesondere der konfessionellen Fürsorge“ (Sachße 2011, S. 97). Mit der *Weimarer Republik* folgten dann die Verankerung des Wohlfahrtsstaates in der Verfassung (ebd.) und damit „ein Ausbau und eine Modernisierung der Sozialpolitik“ (Hammerschmidt und Tennstedt 2020, S. 291) hin zu „einem System sozialer Dienstleistungen“ (Sachße 2011, S. 100). Im Bereich der Hilfen für alte Menschen lag der Fokus weiterhin auf der stationären Unterbringung, eine eigene Gesetzgebung für die Versorgung alter Menschen gab es zu dieser Zeit nicht. Eine Weiterentwicklung war die Entstehung sogenannter „gehobener“ Altenheime neben den „herkömmlichen undifferenzierten Siechenanstalt[en]“ (ebd., S. 101), in denen sich überwiegend Ehrenamtliche und Ordensschwwestern um die Pflege und Versorgung der älteren Menschen kümmerten (u. a. Riedel 2007, S. 37–42, 48). Vorgesetzt waren den damals Pflegenden die Pfarrer oder Pastoren der Gemeinden (Friesacher 2008, S. 167). Auch in der *Zeit des Nationalsozialismus* blieb die stationäre Altenpflege weiterhin Aufgabe der konfessionellen Wohlfahrtsverbände. Während sich die Krankenpflege in dieser Zeit inhaltlich zunehmend an der Medizin orientierte – womit eine Abgrenzung von der „Alters- und Siechenpflege“ einherging –, existierte für die Altenpflege weder eine spezialrechtliche Regelung noch ein eigenständiges Berufsbild (u. a. Riedel 2007, S. 44). Insgesamt hatte die Altenpolitik in dieser Zeit keine große Bedeutung (vgl. Sachße 2011, S. 104).

Bis in die *1950er Jahre* hinein wurde die pflegerische Versorgung in den Altenheimen von Ordensangehörigen und Diakonissen übernommen (u. a. Riedel 2007, S. 49). Eine erste Form häuslicher Pflege, und damit die Unterstützung der Versorgung Kranker und Pflegebedürftiger durch ihre Angehörigen, wurde zu dieser Zeit durch Gemeineschwwestern geleistet (Huber 2002, S. 95), gehörte aber noch nicht zum Regelangebot. Erst in den *1960er* und *1970er Jahren* begann die zunehmende Entwicklung von ambulanten Versorgungsformen (überwiegend Sozialstationen) als Alternative zur stationären Unterbringung (u. a. Eylmann 2015, S. 158). In dieser Zeit setzte die Entwicklung der häuslichen Pflege, die zur Unterstützung der Pflege durch die Familie gedacht war, von einer karitativ-seelsorgerischen Tätigkeit zu einer professionell

erbrachten Dienstleistung ein (Friesacher 2008, S. 167). Die familiäre Pflege wurde traditionell von Frauen übernommen, während Männern die Rolle des Alleinverdieners zugeschrieben wurde (u. a. Behning 2008). Allerdings nahm das innerfamiliäre Pflegepotenzial durch verschiedene Entwicklungen, darunter die zunehmende Erwerbsbeteiligung von Frauen (ebd., S. 17–19) sowie die Alterung der familiären Pflegepersonen zunehmend ab. Gleichzeitig wuchs die Zahl hilfs- und pflegebedürftiger Älterer und auch in den Einrichtungen kam es zunehmend zu einem Mangel an qualifiziertem und geeignetem Personal. Das führte Ende der 1950er Jahre zur Entwicklung erster „Qualifizierungsmaßnahmen im Tätigkeitsbereich der Altenhilfe“ (Riedel 2007, S. 50), die die Grundlage für „Diskussionen hinsichtlich der Entwicklung einer pflegeberuflichen Ausbildung für das Handlungsfeld Altenpflege“ (ebd.) bildeten. Insgesamt begünstigten diese gesellschaftlichen Veränderungen in den 1950er und 1960er Jahren die Entstehung und den Ausbau sozialer Berufe, die Sorge-Tätigkeiten als personenbezogene soziale Dienstleistungen in sozialen Diensten erbringen (u. a. Neumann und Schaper 2008, S. 245; Sachße 2011).

Die Ausgestaltung sozialer Dienste für Ältere erfolgte insbesondere durch das *Inkrafttreten des BSHG im Juni 1962* (u. a. Hammerschmidt und Löffler 2020, S. 12–13). Denn mit „§75 BSHG wurde erstmals im deutschen Fürsorgerecht eine besondere Regelung für Alte unter der Überschrift ‚Altenhilfe‘ verankert“ (Hammerschmidt und Tennstedt 2020, S. 297). Die Kommunen waren damit angehalten, Hilfen zur Verfügung zu stellen, die dazu beitragen sollten, die „Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern“ (§ 75 Abs. 1 BSHG). Neben dem Paragraphen zur Altenhilfe wurde die „Hilfe zur Pflege“ (§ 68 BSHG; auch Häcker 2007, S. 91–92) verankert. Danach sollte u. a. für

„Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen“ (§ 68 Abs. 1 BSHG),

Unterstützung in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung gewährleistet werden (§ 68 Abs. 5 BSHG). Nach § 69 BSHG sollte diese Hilfe primär in der eigenen Häuslichkeit erbracht sowie „durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahestehen, oder im Wege der Nachbarschaftshilfe übernommen“ werden. Mit der Einführung des BSHG waren also die Rechtsgrundlagen für eine staatlich regulierte bzw. unterstützte Betreuung und Versorgung von älteren und alten Menschen geschaffen. Erstmals wurden Ältere zu Adressat/-innen spezifischer Hilfen, die über die ökonomische Absicherung hinausgingen (Riedel 2007, S. 57–58). Es etablierten sich neue Formen sozialer Dienstleistungen, vor allem Beratung und Betreuung,

die u. a. zur Weiterentwicklung der beruflichen Sozialarbeit und Altenpflege führten (Riedel 2007, S. 13; Sachße 2011, S. 106). Verantwortlich für die Planung und Bereitstellung der entsprechenden Angebote, die „das gesamte Spektrum der Seniorenarbeit“ (Rubin 2020, S. 57) umfassten, waren die Kommunen. Es etablierten sich insbesondere Sozialstationen, von denen ausgehend dann die individuell notwendige Hilfe zur Bewältigung der individuellen Schwierigkeiten erbracht wurde (Hammerschmidt und Tennstedt 2020, S. 297). Im Sinne des konservativen Wohlfahrtsstaats waren damit zwar bestimmte, mit dem Alter verbundene Risiken abgesichert, sozialstaatliche Leistungen sollten aber nur ergänzenden Charakter haben und dann gewährleistet werden, wenn die familiäre Pflege nicht (mehr) ausreichte.

Nach der Einführung des BSHG war die *Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung* als Elftes Sozialgesetzbuch (SGB XI) am 1. April 1995 die „zeitlich nächste grundlegende sozialrechtliche Neuerung für das Alter“ (ebd., S. 298; dazu auch Rubin 2020; Schmidt 2020). Zunehmende Versorgungsdefizite, sowohl im Bereich der familiären als auch der formellen Pflege durch soziale Dienste, führten dazu, dass 1995 die soziale Pflegeversicherung als fünfter Zweig der Sozialversicherung eingeführt wurde. Sie sollte eine einkommensunabhängige Grundversorgung gewährleisten (vgl. Schmid 2010, S. 403) und insbesondere die Finanzierung der häuslichen Pflege besser abdecken (u. a. Neumann und Schaper 2008, S. 245; Schmid 2010, S. 409). Fortan waren die Leistungen zur Unterstützung der Älteren, im Sinne der vormaligen Altenhilfe, sozialrechtlich aufgeteilt in pflegerische Dienstleistungen, die nun als Altenpflege in den Regelungsbereich des SGB XI fielen, und die Altenhilfe, die die nicht-pflegerischen Leistungen zur Unterstützung alter Menschen umfasste und weiterhin im BSHG, bzw. seit 2004 im SGB XII, geregelt war/ist (dazu Aner und Hammerschmidt 2018, S. 66–69; Aner 2020; Hammerschmidt und Löffler 2020).

Auf institutioneller Ebene hat das Inkrafttreten des SGB XI zu „einer wesentlichen Ausweitung und Verbesserung der Pflegeinfrastruktur“ (Schmid 2010, S. 409) im stationären, insbesondere aber im ambulanten Pflegebereich geführt. Träger dieser Dienste sind neben den traditionellen kirchlichen Anbietern, Wohlfahrtsverbänden, frei gemeinnützigen Trägern und Kommunen insbesondere im Bereich der Pflege private Anbieter (u. a. Naegele 2011, S. 405). Mit ihren Angeboten reagieren die Dienste auf die spezifischen immateriellen Bedarfe der Nutzer/-innen. Sie bedienen sich dabei „häufig ergänzend des sozial bürgerschaftlichen Engagements, der organisierten Selbst- oder der Angehörigenhilfe“ (ebd., S. 404), wie es auch nach wie vor der gesetzlichen Norm entspricht (§ 8 Abs. 2 SGB XI). Wenngleich die Versorgung auch mit der Einführung des SGB XI weiterhin bedarfsorientiert und den persönlichen Versorgungspräferenzen entsprechend organisiert werden soll, sind in den Diensten nun fast ausschließlich Fach- und Hilfskräfte mit pflegerischer Ausbildung tätig, während Sozialarbeiter/-innen nur noch „eine Option“ sind (Schmidt 2020, S. 214).

Für die Profession Altenpflege sind durch die neue Zuordnung zum Gesundheitsbereich moderne medizinische und pflegewissenschaftliche Erkenntnisse (§ 3 AltPflG) zur Grundlage ihrer Tätigkeit geworden. Die Fachkräfte erwerben in der Ausbildung ein deutlich breiteres und gleichzeitig differenzierteres Wissen (u. a. Huber 2002, S. 99) als es zu Beginn der Herausbildung des Berufsfeldes der Fall war. Gleichwohl war die berufliche Ausbildung zum/zur staatlich anerkannten Altenpfleger/-in zunächst sehr unterschiedlich. Sie unterstand bis 2003 den Regelungen der Länder und der Ausgestaltung der jeweiligen Träger; es unterschieden sich sowohl die Dauer als auch der Verlauf (u. a. Stöcker 2002, S. 24). Qualifikationsschwerpunkte waren gesundheitsbezogene, krankheitsbezogene und sozialbezogene Aspekte, allerdings zeugten die Lehrpläne in ihrer inhaltlichen Ausgestaltung und Schwerpunktsetzung von besonderer Vielfalt, woraus u. a. die Vermittlung völlig unterschiedlicher Pflegeverständnisse in den Ländern resultierte (vgl. Huber 2002, S. 97–102). Allgemeinhin wurde die Altenpflege weiter den sozialpflegerischen Berufen zugeteilt und (psycho-)soziale Aspekte der Beratung und Anleitung, z. B. Kommunikation und Gesprächsführung, sollten gleichrangig neben gesundheits- und krankheitsbezogenen Aspekten vermittelt werden (ebd., S. 100–102; Stöcker 2002, S. 24). Gleichwohl war festzustellen, dass die sozialen Aufgaben in der Praxis „zunehmend stärker in den Kompetenzbereich anderer sozialpädagogischer und -therapeutischer Berufe“ (Huber 2002, S. 100) übergingen, während die körperliche Pflege und die Behandlungspflege zu den Aufgabenschwerpunkten der Altenpflege wurden (vgl. Stöcker 2002, S. 23). Im Verlauf der Jahre hat sich der Altenpflegeberuf zu einem „hochkomplexen Gesundheitsfachberuf“ (ebd., S. 24) entwickelt, für den 2000 dann ein bundeseinheitliches Altenpflegegesetz (AltPflG) beschlossen wurde, das 2003 in Kraft trat. Damit verfestigte sich die Ausgliederung der Altenpflege aus den sozialen Berufsfeldern hin zum Gesundheitsberuf und sie zählte fortan zu den durch Bundesgesetze geregelten Heilberufen (nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG). Zum 01.01.2020 löste das Pflegeberufgesetz (PflBG) das Alten- und das Krankenpflegegesetz ab und die zuvor getrennten Ausbildungen wurden zu einer generalistischen Ausbildung mit dem Abschluss „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“ zusammengeführt. Auszubildende können sich seitdem für die Vertiefung „Altenpflege“ entscheiden, die dann ergänzend in der Urkunde angegeben wird. Nach §§ 59 Abs. 3 und 61 PflBG können Auszubildende, die sich für diese Vertiefung entschieden haben, zudem

„zwischen dem 18. und 20. Ausbildungsmonat entscheiden, ob sie statt der jeweiligen Vertiefung einen eigenständigen Abschluss Altenpfleger/in [...] machen wollen. Der Unterschied zwischen beiden ist, dass sich bei der Vertiefung die praktische Ausbildung im 3. Jahr auf diese bezieht. Beim eigenständigen Abschluss würde neben dem praktischen auch der theoretische Teil der Ausbildung im 3. Jahr anders gestaltet werden.“ (DBfK 2019, S. 3–4; dazu auch von Schwanenflügel 2019, S. 58)

Durch die Reform der Pflegeberufe sollte u. a. das Berufsfeld attraktiver gestaltet werden, um mehr Menschen für eine Ausbildung zu gewinnen. Relevant erscheint das insbesondere vor dem Hintergrund der anhaltenden demografischen Veränderungen, die die „Schrumpfung der Gesamtbevölkerung sowie [...] den relativen und absoluten Anstieg älterer Menschen“ (Hammerschmidt et al. 2014, S. 22) umfassen. Die Chancen, ein hohes Alter zu erreichen, stehen heute so gut wie noch nie (vgl. ebd., S. 23). Die verlängerte Lebenserwartung geht allerdings für die Menschen selbst nicht nur mit positiven Erwartungen, sondern auch mit Ängsten, u. a. vor Pflegebedürftigkeit, einher (ebd.; Klie 2018, S. 36), die in Korrelation zum Alter steht (Schmidt 2020, S. 209). Es kann folglich von einer steigenden Nachfrage nach unterstützenden, insbesondere ambulanten Dienstleistungen ausgegangen werden (ebd., S. 210).

2.2 Altenpflege als wachsender Dienstleistungssektor

Pflegebedürftigkeit ist im Sinne des Lebenslagenansatzes (Voges et al. 2003; Voges 2011) als objektiver Indikator der Lebenslage ‚Gesundheit‘ zu verstehen (vgl. Voges et al. 2003, S. 115). Damit daraus keine Unterversorgungslage resultiert, ist den Menschen die notwendige Hilfe und Unterstützung zur Verfügung zu stellen. Der Bedarf an sozialstaatlich organisierten Unterstützungsleistungen kann dabei zwar als etwas Individuelles betrachtet werden (vgl. Aner 2020, S. 30), anzunehmen ist aber allgemein, dass Menschen im Alter so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit wohnen bleiben möchten (u. a. Cremer et al. 2013, S. 224), während das innerfamiliäre Pflegepotenzial weiterhin sinkt (u. a. BMAS 2016, S. 708). Zukünftige Dienstleistungsangebote sind vor diesem Hintergrund also schwerpunktmäßig für die Unterstützung im häuslichen Bereich und damit im ambulanten Dienstleistungssektor zu entwickeln (u. a. Bahle 2007, S. 207 ff.; GKV-Spitzenverband 2015).

Im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge sind grundsätzlich die Kommunen für die Bereitstellung sozialer Dienste zur Bearbeitung von Armutslagen zuständig (Aner und Löffler 2019, S. 193; ausführlich Rubin 2020). Bis zum Inkrafttreten der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahr 1995 „war die Kommune alleinige verantwortliche Akteurin der Altenhilfe“ (Rubin 2020, S. 56; auch Gitschmann 1987). Seit der Einführung der Pflegeversicherung liegt „die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur“ (§ 9 SGB XI) in der Verantwortung der Länder, die diese gemeinsam mit den Kommunen, Landkreisen und kreisfreien Städten tragen sollen. Sowohl die Finanzverantwortung als auch der Sicherstellungsauftrag für „eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten“ (§ 69 SGB XI) sind vom Gesetzgeber

auf die Pflegekassen übertragen worden (BMAS 2016, S. 740). Damit sollte eine, auch von den Kommunen gewollte finanzielle Entlastung ebendieser (als Träger der Sozialhilfe) einhergehen (u. a. Rubin 2020).¹ Diese neue Aufteilung beschnitt gleichzeitig den Handlungsspielraum der Kommunen (vgl. u. a. Klie 2018, S. 38; Brettschneider 2020, S. 219), denen aber weiterhin „im Sinne der Daseinsvorsorge die Letztverantwortung für die Versorgung der örtlichen Bevölkerung“ (Brettschneider 2020, S. 223) zukommt. Gleichzeitig fehlt den Kassen „aufgrund der Entwicklung zu immer größeren regionalen und zunehmend überregionalen Einheiten der Ortsbezug“ (Klie 2018, S. 38), der für die bedarfsgerechte Planung notwendig wäre.

Gleichwohl ist die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verstehen. Es „liegt demnach in der gemeinsamen Verantwortung der Länder, der Kommunen, der Pflegeeinrichtungen und der Pflegekassen“ (Brettschneider 2020, S. 222) eine, nach § 8 Abs. 2 SGB XI, „leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung“ zu gewährleisten. Mit dem am 1. Januar 2017 in Kraft getretenen dritten Pflegestärkungsgesetz sollte deshalb

„[d]ie Zusammenarbeit in der Pflege [...] verbessert [werden]. Die Länder können regionale Gremien oder sektorenübergreifende Ausschüsse einrichten. Die Pflegekassen werden verpflichtet, sich an diesen Gremien zur pflegerischen Versorgung zu beteiligen. Die Gremien können Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung abgeben. Dies betrifft z. B. den Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung oder die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Sektoren. Die Empfehlungen der Gremien sind von der Pflegeversicherung bei Vertragsverhandlungen (z. B. Vergütungs- und Versorgungsverträge) einzubeziehen. Zudem soll auch die Altenhilfe vor Ort eine größere Rolle spielen.“ (BMAS 2016, S. 695)

Zur Erfüllung ihres Sicherstellungsauftrags (§ 69 SGB XI) fungieren die Pflegekassen als Leistungsträger und schließen u. a. mit ambulanten Pflegeeinrichtungen Versorgungsverträge ab. Ambulante Pflegeeinrichtungen bzw. -dienste sind nach § 71 Abs. 1 SGB XI

„selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 versorgen.“

1 Allerdings ist das SGB XI „nur“ als Teilkasko-Versicherung konzipiert, deren Restfinanzierung in bestimmten Fällen wieder in die Haushalte der Kommunen fällt (u. a. Hammerschmidt und Löffler 2020; Igl 2020).

Dem Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘ folgend, dienen die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI dazu, Menschen gemäß ihrem individuellen Bedarf in der eigenen Wohnung zu pflegen, sie zu betreuen und auch hauswirtschaftlich zu versorgen. Die Überarbeitung des SGB XI, speziell mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 und dem Ersten Pflegestärkungsgesetz 2015, haben dazu geführt, dass mittlerweile ein

„ganzes Bündel von Maßnahmen [vorliegt, das] [...] darauf gerichtet [ist], die Bedingungen der häuslichen Pflege entscheidend zu verbessern und damit auch die Bereitschaft der Familien, Angehörige zu Hause zu pflegen, nachhaltig zu stützen und zu fördern.“ (BMAS 2016, S. 709; ausführlich zu den gesetzlichen Veränderungen S. 692–695)

Die häusliche Pflege ist dadurch deutlich gestärkt worden (vgl. ebd., S. 693). Neben der

„Betonung der familiären und zivilgesellschaftlichen Ressourcen als Teil einer zukunftsorientierten Pflegepolitik müssen [auch weiterhin] professionelle Pflege, persönliche Hilfen und Beratung das selbstbestimmte Wohnen in der gewählten Umgebung unterstützen.“ (Klie 2018, S. 37; auch Demel 2008, S. 6; ausführlicher BMFSFJ 2016)

Der Verbleib in der eigenen Wohnung trotz Pflegebedarf entspricht nicht nur dem Bedürfnis und Wunsch der meisten pflegebedürftigen Personen und dem Grundsatz des SGB XI. Aus Sicht der Kommunen kann durch die Ermöglichung von Hilfe- und Unterstützungsangeboten zum Verbleib in der eigenen Wohnung, zudem „die Inanspruchnahme der Sozialhilfe zur Restfinanzierung für die regelmäßig teure Heimunterbringung“ (Hammerschmidt und Löffler 2020, S. 24) vermieden bzw. verzögert werden. Damit kann die finanzielle Belastung des kommunalen Haushalts zum Teil reduziert werden. Und auch das Anliegen von Fachkräften der Pflege deckt sich an dieser Stelle mit dem Wunsch von pflegebedürftigen Personen, ihren Angehörigen und dem Gesetzgeber. So konnte Boes (2003, S. 355) in ihrer Befragung von Pflegefachkräften in ambulanten Diensten herausarbeiten, dass diese ihren zentralen Beitrag in der Versorgung darin sehen, „dafür Sorge [zu] tragen, dass die Pflegebedürftigen zu Hause bleiben können“.

Inwiefern diese Einigkeit, dass Menschen mit Pflegebedarf unterstützt werden sollten, in den eigenen vier Wänden wohnen zu bleiben, zu einer Beruhigung der wachsenden Zahl Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen führt (dazu GKV-Spitzenverband 2015; BMG 2016; Klie 2018, S. 36), kann und soll an dieser Stelle nicht geklärt werden. Sicher aber ist davon auszugehen, dass die „Langlebigkeit und die Prävalenz chronischer Krankheiten“ (von Kondratowitz 2005, S. 418) die nationalen Gesundheits- und Pflegesysteme vor besondere Herausforderungen stellen werden (u. a. RKI 2015, S. 325–326). Denn während die Zahl auf Pflege

angewiesener Menschen steigt, stehen gleichzeitig „immer weniger Angehörige zur Verfügung [...], die [...] eine zentrale Rolle in der Pflege und Sorge [...] übernehmen“ (Klie 2018, S. 36) könnten. Die beschriebenen Entwicklungen bedingen folglich einen erheblichen Mehrbedarf an Fachkräften in der ambulanten (Alten-) Pflege (u. a. von Kondratowitz 2005, S. 418; Afentakis und Maier 2013, S. 1072; Mazzola und Hasseler 2018, S. 101), sodass „eine Ausbildung in der Altenpflege zu den Dienstleistungsberufen der Zukunft“ (Demel 2008, S. 6) zählen wird.

Es verwundert insofern nicht, dass aus der aktuellen Pflegestatistik ein Anstieg der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten (unabhängig von der Tätigkeit oder beruflichen Qualifikation) zwischen 2003 und 2017 von 200.897 auf 390.322 Personen hervorgeht (vgl. StaBuA 2018, S. 43–44). Aktuelle Zahlen des statistischen Bundesamts zeigen, dass die Zahl der anerkannten Altenpfleger/-innen, die in ambulanten Pflegediensten tätig sind, zwischen 2007 und 2017 ebenfalls kontinuierlich angewachsen ist, und zwar von 44.975 auf 94.079 Fachkräfte (StaBuA 2019). Wie in den weiteren Gesundheitsberufen sind auch die „meisten Beschäftigten in der Altenpflege [...] traditionell Frauen (85%)“ (Hackmann und Sulzer 2018, S. 9; auch Afentakis und Böhm 2009, S. 11). Zudem ist in den letzten Jahren ein Anstieg der Beschäftigten mit Migrationserfahrung festzustellen: 2006 lag der Anteil der Beschäftigten mit eigener Migrationserfahrung in der Altenpflege bei 18,3 %, davon waren 6,1 % Ausländer/-innen und 12,2 % Deutsche (Eingebürgerte und deutsche Spät-Aussiedler/-innen) (vgl. Afentakis und Böhm 2009, S. 31). Der Vergleich der Daten von 2012 und 2013 zeigt, dass der Anteil sozialversicherungspflichtig Beschäftigter mit deutscher Staatsangehörigkeit gegenüber dem Vorjahr um 5 %, der der Beschäftigten mit ausländischer Staatsangehörigkeit um 14 % (Ausländer/-innen mit Staatsangehörigkeit eines Nicht-EU-Landes, Drittstaatler/-innen) und die Zahl der EU-Ausländer/-innen um 20 % angestiegen ist (vgl. Bonin et al. 2015, S. 27). Im Juni 2018 betrug der Anteil ausländischer Beschäftigter in der Altenpflege rund 12 % und ist damit im Vergleich zu 2014 um vier Prozentpunkte gestiegen (BA 2019b, S. 8–9). Im Vergleich zu 2006 hat sich ihr Anteil sogar verdoppelt. Gründe für die Zunahme werden u. a. in der „zuletzt stark angewachsene[n] Zuwanderung aus wirtschaftlichen Motiven, die sich in Folge der Erleichterungen bei der Zuwanderung in den deutschen Arbeitsmarkt [...] ergeben hat“ (Bonin et al. 2015, S. 27; dazu auch Kap. 2.4.2) sowie in der anhaltenden Wirtschaftskrise einiger EU-Staaten gesehen (ebd.).

Verschiedene Forschungseinrichtungen haben in den letzten Jahren versucht, Prognosen darüber aufzustellen, wie sich der Bedarf an Fachkräften in den Gesundheitsberufen in den kommenden Jahren darstellen wird. Abhängig von der Auswahl der einzubeziehenden Beschäftigungsgruppen ergeben sich unterschiedliche Szenarien, die einen Personalmangel von 434.000 bis hin zu 517.000 Vollzeitäquivalenten voraussagen (vgl. Hackmann und Sulzer 2018, S. 8). In allen Fällen wird aber ein weiter wachsender Bedarf an pflegerischer Versorgung durch professionelle Dienstleister prognostiziert. Es sei

„[m]ittel- und langfristig [...] davon auszugehen, dass die Pflegeberufe gesellschaftlich und wirtschaftlich noch erheblich an Bedeutung gewinnen werden, da die Zahl der Pflegebedürftigen aufgrund der demografischen Entwicklung wächst, während die Rate der Pflege durch Angehörige sinkt und die Ansprüche der Bevölkerung an die Qualität der Pflege wachsen.“ (Bonin et al. 2015, S. 7)²

Schon heute ist „etwa jeder zwanzigste sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland“ (ebd.) in einem pflegerischen Beruf tätig und

„Einrichtungen und Dienstleister der stationären Krankenpflege, stationären Altenpflege und ambulanten Pflege haben sich in den letzten Jahren zu einem der wichtigsten Arbeitgeber in der deutschen Volkswirtschaft entwickelt.“ (ebd.)

Trotzdem ist die Erbringung sozialer Dienstleistungen in der Pflege nach wie vor vom Druck des sogenannten „Fachkräftemangels“ gekennzeichnet.

2.3 „Fachkräftemangel“ in der Altenpflege

Die Arbeitslosigkeit „in den Pflegeberufen [ist] stark zurückgegangen“ (ebd.) und die Organisationen, Einrichtungen und Unternehmen in der Pflege haben vermehrt Schwierigkeiten, ihren Fachkräftebedarf zu decken. Für die Altenpflege zeigen die Zahlen vom April 2019, dass im Jahresdurchschnitt nur 24 arbeitssuchende Personen für 100 sozialversicherungspflichtige Arbeitsstellen zur Verfügung standen (vgl. BA 2019a). Während im Vergleich dazu im Jahr 2017 noch 32 arbeitssuchende Altenpflegefachkräfte und -spezialisten je 100 offenen Stellen dokumentiert worden sind (vgl. Hackmann und Sulzer 2018, S. 6). Auch, wenn durch den Vergleich offener Stellen und der Arbeitslosenzahlen

„die wesentlichen Teile des Arbeitsmarktes abgebildet werden [können, ist klar] [...], dass nicht jede vakante Stelle an die Bundesagentur gemeldet wird und bei reiner Fokussierung auf Arbeitslose oftmals auch wesentliche Fachkräfteressourcen nicht einbezogen werden.“ (BGW 2018, S. 34)

Während sich im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege vor allem „in den westdeutschen Bundesländern anhaltende Engpässe“ (Bonin et al. 2015,

2 Die Frage nach der Bedeutung und Veränderung familiärer Unterstützung und Pflege in der Zukunft kann an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden. Festzuhalten bleibt, dass ihre Bedeutung zwar nicht abgenommen hat, sich aber schon länger „Grenze[n] der Belastbarkeit in diesen [familiären] Arrangements“ (von Kondratowitz 2005, S. 418) zeigen.

S. 7) zeigen, ist „die Mangelsituation bei den examinierten Altenpflegern flächendeckend in ganz Deutschland“ (ebd., S. 22; auch Bonin 2020, S. 63) zu verzeichnen. Neben den examinierten Fachkräften fehlten 2018 insbesondere Fachkräfte mit spezifischen Zusatzausbildungen im Bereich der Altenpflege (vgl. BA 2019b, S. 14). Zwischen August 2015 und Juli 2016 waren zwei Drittel der 19.500 als vakant gemeldeten Stellen explizit für examinierte Fachkräfte ausgeschrieben. Im gleichen Zeitraum war aber lediglich jede zehnte arbeitslos gemeldete Altenpflegekraft eine examinierte Fachkraft (3.600 Arbeitslose). „Bei neun von zehn arbeitslosen Altenpflegekräften handelt[e] es sich um Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer (31.000 Arbeitslose)“ (BGW 2018, S. 57).

Der Mangel und die geringe Zahl arbeitsloser/arbeitssuchender Altenpfleger/-innen drücken sich auch in besonders hohen Vakanzzeiten von sozialversicherungspflichtigen Stellen in der Altenpflege aus. Im Vergleich der Gesundheits- und Pflegeberufe lagen diese 2018 in der Altenpflege mit durchschnittlich 175 Tagen am höchsten (Physiotherapie 157 Tage, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Geburtshilfe 154 Tage). Zwischen 2017 und 2018 war die Vakanzzeit um acht Tage gestiegen (vgl. Bonin 2020, S. 64). Im April 2019 lag sie bereits bei 198 und damit 23,5 Tagen mehr als im Vorjahres-Zeitraum. Die Abweichung zum Bundesdurchschnitt von Vakanzzeiten lag für die Berufe der Altenpflege damit bei 67,4 % (vgl. BA 2019a).

Allerdings sind der Mangel an Fachkräften und die Höhe der Vakanzzeiten nicht nur auf die oben skizzierten demografischen Veränderungen zurückzuführen, von denen zudem in unterschiedlicher Ausprägung auch die anderen europäischen Länder betroffen sind (u. a. Afentakis und Maier 2013, S. 1072; Braeseke et al. 2013, S. 1121; Kuhlmann und Larsen 2013, S. 1069). Weitere Gründe für den Mangel an Fachkräften lassen sich u. a. in der fehlenden Attraktivität der Berufe, dem geringen (gesellschaftlichen) Ansehen und der geringen Bezahlung bei gleichzeitig hohen psychischen und physischen Belastungen, z. B. aufgrund von Zeitdruck und hemmenden Rahmenbedingungen, analysieren (u. a. Hahn 2017; Stohr et al. 2017, S. 130 f.; Kraft und Drossel 2019). An dieser Stelle kann nicht ausführlicher auf Gründe des Fachkräftemangels eingegangen werden. Es lässt sich aber resümieren, dass

„es der deutschen Pflegebranche nicht ausreichend gelingt, die Kapazitäten der vorhandenen Fachkräfte voll auszuschöpfen und mehr Menschen für die Pflegeberufe zu interessieren. Wesentlichen Anteil daran haben die schlechten Arbeitsbedingungen und der niedrige Status der Tätigkeiten in der Pflege, die zudem überwiegend von Frauen ausgeübt werden, sodass familienbedingte Auszeiten und Teilzeitbeschäftigung häufig sind. Um die angemessene Versorgung der Pflegebedürftigen zu sichern, bemühen sich Arbeitgeber, Sozialpartner, Verbände und die Politik seit einiger Zeit verstärkt um Pflegekräfte.“ (Bonin et al. 2015, S. 7)

2.4 Strategien zur Fachkräftegewinnung

Im September 2018 hat das EU-Projekt „Pflegefachpersonal für das 21. Jahrhundert“ gestartet. Ziel war es zum einen die unterschiedlichen Probleme, aus denen sich der Mangel an Fachkräften in den Pflegeberufen ergibt, „in ihrer Dringlichkeit für die einzelnen Länder [zu] erfass[en]“ (Kollak 2019, S. 54). Weiter lag ein Schwerpunkt darauf, „Beispiele guter Praxis vor[zu]stellen, um das Interesse junger Menschen für den Pflegeberuf zu wecken“ (ebd.). Um darüber hinaus auch die Bedeutung der Pflege für die Gesamtgesellschaft mehr zu würdigen, sollten die in der Pflege benötigten fachlichen und auch sozialen Kompetenzen „genauer benannt und illustriert werden“ (ebd., S. 56). Unabhängig von diesem Kooperationsprojekt zwischen mehreren EU-Ländern haben sich auch auf nationaler Ebene spezifische Initiativen entwickelt, um dem Mangel an Fachkräften in der (Alten-)Pflege zu begegnen.

2011 implementierte die Bundesregierung das Konzept zur allgemeinen (also branchenübergreifenden) Fachkräftesicherung, das fünf Sicherungspfade umfasste: „Aktivierung und Beschäftigungssicherung, eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Bildungschancen für alle von Anfang an, Qualifizierung mittels Aus und Weiterbildung sowie [...] Integration und qualifizierte Zuwanderung“ (BMAS 2017, S. 33). Im Fortschrittsbericht 2016 musste allerdings evaluierend festgehalten werden, dass in den Gesundheits- und Pflegeberufen nach wie vor „akademische wie auch nicht akademische Fachkräfte knapp sind“ (ebd., S. 53). Die Maßnahmen, die speziell in den Pflegeberufen getroffen wurden, um diesem Engpass zu begegnen, lassen sich in drei Gruppen einteilen: (1) sorgsamerer Einsatz von Fachkräften, (2) Steigerung der Attraktivität des Berufsfeldes und der Ausbildung und (3) Rekrutierung von Fachkräften im Ausland. Dabei schließen sich diese drei Gruppen und darin enthaltene Maßnahmen nicht aus, sondern sollten im besten Fall parallel verfolgt werden (vgl. Bonin et al. 2015, S. 26).

Bei der ersten Strategie, dem ‚sorgsameren Einsatz von Fachkräften‘, geht es vornehmlich um strukturelle Veränderungen wie die Erhöhung der Wochenarbeitszeit oder Stundenproduktivität, „z.B. durch organisatorische Verbesserungen oder mehr technische Unterstützung“ (ebd.). Die beiden weiteren Gruppen umfassen Maßnahmen, die die „Vergrößerung des internen Angebots an Arbeitskräften in Köpfen“ (ebd.) fokussieren. Während es dabei bei der ersten Gruppe um die Erhöhung der Arbeitskräftepotenziale im Inland geht (dazu Kap. 2.4.1), werden in der zweiten Gruppe Maßnahmen zusammengefasst, die auf die Gewinnung von Fachkräften im Ausland ausgerichtet sind (dazu Kap. 2.4.2).

2.4.1 Gewinnung von Fachkräften im Inland

Vor dem Hintergrund der wachsenden Personalbedarfszahlen erscheint die Entwicklung von Ansätzen, durch die die Anzahl der Auszubildenden in der