

# **Pflegen kann nicht Jeder!**

## **Wertschätzung für die (Alten-)Pflege**

Kerstin Nölle und Christina Goesmann  
Dortmund, im August 2009

Technische Universität Dortmund  
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät  
Forschungsbereich Arbeitssoziologie  
Otto-Hahn-Straße 4  
44227 Dortmund

### **Auf einen Blick**

Die Altenpflege ist berufshistorisch betrachtet ein sehr junger Beruf.

Die Altenpflege hat in der Literatur den Charakter des Krankenpflege-Hilfsberufs.

Auf allen drei Ebenen – Interaktionsebene, Organisationsebene und Gesellschaftsebene – sind Merkmale einer geringen Wertschätzung zu finden.

Die Merkmale betreffen sowohl die Altenpfleger/innen selbst und beeinflussen die Öffentlichkeit negativ.

Wahrnehmung der Tätigkeiten der Altenpflegekräfte als ‚Jedermannstätigkeit‘.

Altenpfleger/innen weisen (noch) nicht das berufliche Selbstverständnis auf, das sie für eine positivere Wahrnehmung ihrer Tätigkeiten in der Öffentlichkeit aufweisen müssten.

Wenige Merkmale einer Professionalisierung des Berufsfeldes Altenpflege sind bislang so weit fortgeschritten, wie es angemessen (oder wünschenswert) wäre.

Die im Projekt befragten Altenpfleger/innen identifizieren sich sehr stark mit ihrem Beruf, drücken dies allerdings wenig professionell aus.

Altenpfleger/innen vermitteln ihr berufliches Selbstverständnis nicht deutlich genug nach außen.

Das gering kommunizierte berufliche Selbstverständnis führt zu einer mangelnden Wertschätzung ihrer Leistungen.

## 1 Einführung

Die Verbundpartner des vom BMBF geförderten Forschungsprojektes „Berufe im Schatten“<sup>1</sup> haben die These aufgestellt, dass es Dienstleistungsberufe gibt, die nicht in dem Maße wertgeschätzt werden, wie sie eigentlich sollten. Unterschätzt werden Fachlichkeit und Komplexität ihrer Tätigkeiten – die meist mit der Interaktion mit Menschen in Verbindung stehen. Diese Dienstleistungsberufe finden sich z.B. in der Pflege, im Einzelhandel und im Friseurhandwerk.

Erste Ergebnisse aus dem Projekt zeigen, dass Beschäftigte in der (Alten-)Pflege in punkto Arbeitsbedingungen, Entlohnung, Arbeitszeit und Krankenstand offenbar deutlich schlechtere Rahmenbedingungen vorfinden als vergleichbare Berufe. Eine hohe Fluktuation in der Branche ist ein weiterer Hinweis darauf; nicht zuletzt deshalb, weil die Pflegebranche ein enormes Burnoutrisiko aufweist.

Gerade jedoch in dem Berufsfeld (Alten-)Pflege sehen die Beschäftigten einen hohen Sinngehalt ihrer Tätigkeit.<sup>2</sup> Dieser Sinngehalt treibt sie an, ihrer Tätigkeit mit hoher Motivation nachzugehen – auch in Anbetracht der oft kritischen und beanspruchenden Arbeitsbedingungen wie Zeitdruck oder dem nicht in quantitativen Kennzahlen messbaren Erfolg ihrer Arbeit. Leider ist die Wertschätzung und Anerkennung der Leistungen in der Pflege seitens der Kunden, der Angehörigen, der Ärzte und schließlich der Gesellschaft viel zu gering.

Dieser Mangel an Wertschätzung und Anerkennung der Leistungen führt dazu, dass die Beschäftigten eine zu geringe Selbstwahrnehmung ihrer professionellen Arbeit entwickeln – es fehlt der Stolz auf die eigene Arbeit und auf die eigene Profession.

Professionalität, Zufriedenheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten können durch eine Arbeitsgestaltung erhöht werden, die die konsequente Weiterentwicklung der Arbeitsqualität der Beschäftigten bei der täglichen Arbeit berücksichtigt und fördert. Dies führt gleichermaßen zu einer Erhöhung der Qualität der Dienstleistungen, zu einer Reduzierung des Krankenstandes und der Fluktuation sowie zu einer höheren Zufriedenheit und Wertschätzung seitens der Kunden und der Gesellschaft. Somit trägt die Erhöhung der Wertschätzung der Beschäftigten letztlich auch zum wirtschaftlichen Erfolg eines Unternehmens bei.

Die Forschungspartner des Projekts „Berufe im Schatten“ entwickeln Konzepte zur Weiterentwicklung der Arbeitsqualität der Beschäftigten bei der täglichen Arbeit durch eine moderne Arbeitsgestaltung und zur Erhöhung der Anerkennung und Wertschätzung der Dienstleistung Pflege durch eine professionelle Kompetenzkommunikation. Die Konzepte tragen dazu bei, dass den Pflegeberufen die Bedeutung beigemessen wird, die sie verdienen. Denn Wertschätzung ist eine wichtige Quelle für die persönliche Leistungs- und Innovationsfähigkeit, die zum Erfolg eines ganzen Unternehmens – und letztlich sogar des gesamten Berufszweigs – beiträgt.

## 2 Die Situation in der Pflege – ein kurzer Branchenüberblick

Etwa 2,1 Millionen Menschen in Deutschland sind pflegebedürftig und erhalten Leistungen der Pflegeversicherung. Ein Drittel, etwa 700.000 Menschen, lebt in Pflegeheimen.

---

<sup>1</sup> Die Forschungspartner des Verbundprojektes: der Forschungsbereich Arbeitssoziologie der TU Dortmund, das Lehrgebiet 14 - Sozial-, Arbeits- und Organisationspsychologie der Deutschen Hochschule der Polizei in Münster und die gaus medien bildung politikberatung gmbh in Dortmund. Förderkennzeichen: 01FB08018, Laufzeit vom 01.10.2008 bis zum 30.09.2011.

<sup>2</sup> Siehe hierzu auch DGB Index Gute Arbeit.

Etwa 1,45 Millionen Pflegebedürftige erhalten ambulante Pflegeleistungen und werden zu Hause gepflegt.

Seit 1999 ist beispielsweise allein die Gruppe der 80- bis 85-jährigen Leistungsempfänger um 22 Prozent gewachsen. Insgesamt stellen alte Frauen und Männer eine zunehmend bedeutsamer werdende Kundengruppe von Gesundheits- und Pflegeleistungen dar. Angesichts solcher Entwicklungen lässt der Blick in die einzelnen Pflegesektoren sehr schnell erkennen, dass die Akteure der pflegerischen Versorgung an vielen Stellen nur unzureichend auf die Alterung der Bevölkerung vorbereitet sind. Dies gilt sowohl für die quantitativen Ressourcen der Pflege als auch für ihre Qualität (Stichwort Pflegenotstand). Der demografische Wandel gilt als Herausforderung für die Altenpflege. Allerdings steht einer notwendigen Zunahme der Anzahl beruflich Pflegenden schon jetzt ein Rückgang von Absolventen/innen insbesondere mit mittleren Bildungsabschlüssen gegenüber (vgl. Verdi 2007).

Pflegedienstleistungen werden auch als Wirtschaftsfaktor an Bedeutung gewinnen. Im Pflegebereich werden steigende Umsätze und Ausgaben aufgrund der damit verbundenen wachsenden Beitragslasten oft eher kritisch gesehen – obwohl Wertschöpfungs- und Beschäftigungszuwächse aufgrund der damit verbundenen Wohlstandssteigerungen volkswirtschaftlich grundsätzlich als erstrebenswert angesehen werden. Es wird jedoch zunehmend erkannt, dass die Arbeitsplätze in Deutschland vor allem deshalb mehr und mehr mit steigenden Pflegeversicherungsbeiträgen belastet werden, weil sich in einem umlagebasierten Finanzierungssystem das Verhältnis von Beitragszahlern zu Leistungsempfängern stetig verschlechtert, wenn die Gesellschaft altert. 31 Prozent der Pflegeausgaben werden allerdings schon heute von privaten Haushalten aufgebracht. Die Soziale Pflegeversicherung (ca. 60 Prozent) übernimmt zusammen mit den Sozialhilfeträger (9 Prozent) den Rest. Fast ein Drittel der Ausgaben belastet somit selbst im bestehenden System die Wettbewerbsfähigkeit von Jobs in anderen Branchen nicht (vgl. Enste 2009).

### *Branchenüberblick*

Deutschlandweit arbeiteten 2007 insgesamt 392.896 Beschäftigte in der Pflege in 2.087 Krankenhäusern, davon waren 86 Prozent der Beschäftigten weiblich. 80 Prozent der Beschäftigten waren Gesundheits- und Krankenpfleger/innen<sup>3</sup>, 10 Prozent waren Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen und 4,5 Prozent hatten einen Abschluss als Krankenpflegehelfer/innen.

Insgesamt arbeiteten in den ambulanten Pflegediensten 236.000 Personen. 88 Prozent davon waren weiblich, 71 Prozent arbeiteten in Teilzeit. Der überwiegende Anteil der Beschäftigten hatte eine Ausbildung als Krankenpfleger/in oder Altenpfleger/in. Gegenüber 2005 hat die Bedeutung der Versorgung durch die ambulanten Dienste zugenommen: es ist ein Anstieg der Beschäftigtenzahlen um 10 Prozent (gegenüber 2005) zu verzeichnen.

Im Jahr 2007 waren 574.000 Beschäftigte in stationären Pflegeheimen beschäftigt, hiervon waren 85 Prozent Frauen. Mehr als die Hälfte (57 Prozent) der Beschäftigten waren Teilzeitkräfte. Die meisten Beschäftigten (69 Prozent) hatten ihren Arbeitsschwerpunkt im Bereich Pflege und Betreuung. Auch in den Heimen waren Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder Altenpfleger/in die wichtigsten Ausbildungsabschlüsse (vgl. Pflegestatistik 2007).

Die Entwicklung der Ausbildungsplätze schlägt in den verschiedenen Bereichen der Pflege unterschiedliche Richtungen ein. Die Datenlage ist im Fall der Altenpflege etwas unklar, da Auszubildende, Schüler/innen und Praktikant/innen in den Statistiken des statisti-

---

<sup>3</sup> Im Folgenden wird zugunsten der Lesbarkeit einheitlich die Bezeichnung Gesundheits- und Krankenpfleger/in verwendet. Dies schließt sowohl die Bezeichnung Krankenschwester/-pfleger als auch die seit der Reform des KrPflG 2003 geltende Bezeichnung Gesundheits- und Krankenpfleger/in ein.

schen Bundesamtes eine gemeinsame Kategorie bilden. Dennoch lassen sich deutliche Trends ablesen.

Die Zahl der Ausbildungsplätze in der Krankenpflege ging 2007 im Vergleich zu 1999 zurück (1999: 74.152 Plätze, 2007: 67.480 Plätze). In der Kinderkrankenpflege blieben die Zahlen annähernd konstant, sie fielen mit zwischenzeitlichen leichten Schwankungen von 10.495 im Jahr 1999 auf 10.331 im Jahr 2007.

In der Altenpflege stellt sich die Situation anders dar. Im Bereich der ambulanten Pflegedienste stieg die Zahl der Ausbildungsplätze von 1.816 im Jahr 1999 auf 3.530. In 2007 lag die Zahl bei 3.462 Ausbildungsplätzen. Die gravierendsten Veränderungen lassen sich in der stationären Altenpflege erkennen: die Zahl der Ausbildungsplätze stieg hier von 16.782 im Jahr 1999 auf 32.315 im Jahr 2007 an. Die Zahlen in den beiden Bereichen der Altenpflegeausbildung haben sich also nahezu verdoppelt!

Wünschenswert wären Paneldaten über die Schulabschlüsse der Auszubildenden in den Pflegeberufen, da diese Vermutungen über die Attraktivität der Berufe erlauben würden. In den Pflegestatistiken des statistischen Bundesamtes werden diese Angaben jedoch nicht erhoben. Im Projekt „Berufe im Schatten“ werden daher in einem nächsten Schritt exemplarisch Daten über das Bildungsniveau der Bewerber/innen in Alten- und Krankenpflegeeinrichtungen erhoben, um Rückschlüsse darüber zu ziehen, inwiefern es hier Veränderungen im Zeitverlauf gab.

Am 18.06.2009 hat der Bundestag einen Änderungsantrag beschlossen, mit dem das Alten- und Krankenpflegegesetz dahingehend geändert wird, dass ein Zugang zu den Berufen nun mit zehn Jahren allgemeinbildender Schule ermöglicht. Dies bedeutet eine Herabsetzung der Zugangsvoraussetzungen (dazu siehe auch Abschnitt 3.2.2 Gesellschaftsebene – gesetzliche Rahmenbedingungen) (vgl. DBfK 2009). Inwieweit sich das Bildungsniveau der Pflegeschüler/innen nun tatsächlich senken wird, wird sich erst noch zeigen.

### *Verweildauer in der Pflege*

Zentrale Ergebnisse einer im Mai 2009 vorgestellten Studie<sup>4</sup> (vgl. IWAK, 2009) zeigen, dass die Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern, die vor 25 bis 29 Jahren ihre Ausbildung beendet hatten, zum Stichtag 31.12.2004 im Durchschnitt 19 Jahre lang waren und damit sehr viel länger sind als bisher angenommen. 15 Jahre nach dem Ende der Ausbildung waren zudem noch 63 Prozent der Altenpfleger/innen in ihrem Beruf tätig oder kehrten nach einer Unterbrechung in diesen zurück. Daraus lässt sich auf eine hohe Berufsbindung eines überwiegenden Teils der Altenpfleger/innen schließen (siehe Sinnhaftigkeit in der Altenpflege Abschnitt 3.2.2). Allerdings ist die Branche einem erhöhten Burnoutrisiko ausgesetzt (siehe unten).

Erstmals konnten auf der Basis repräsentativer Daten des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB-Beschäftigtenstichprobe, 1975-2004) speziell für die Berufsgruppe der Altenpfleger/innen Auswertungen zu Länge und Struktur der Berufsverläufe vorgenommen werden. Die Ergebnisse korrigieren die verbreitete Meinung, dass Altenpfleger/innen bereits nach kurzer Zeit wieder aus dem Beruf aussteigen – sie sagen jedoch noch nichts über die schlechten Arbeitsbedingungen aus, die in der Branche vorherrschen.

Ergebnisse der NEXT-Studie zeigen, dass knapp 9 Prozent der Befragten angaben „mehrmals wöchentlich oder häufiger“ über einen Berufsausstieg nachzudenken, weitere

---

<sup>4</sup> Die Studie zu Berufsverläufen von Altenpflegerinnen und Altenpflegern wurde von Dezember 2007 bis Mai 2009 vom Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur, Zentrum der Goethe-Universität in Frankfurt am Main (IWAK) durchgeführt und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert.

10 Prozent taten dies „mehrfach monatlich“. 34 Prozent beschäftigten sich „mehrmals im Jahr“ mit diesem Gedanken und 47 Prozent erwogen dies „nie“. Interessant ist, dass die Pflegeeinrichtung, in denen die Pflegekräfte beschäftigt sind, eine einflussreiche Variable in Bezug auf den Ausstiegswunsch darstellen. Der Wunsch aufzuhören nimmt mit zunehmender Betriebszugehörigkeit ab (vgl. Hasselhorn et al. 2005: 138ff). Der Arbeitgeber stellt also eine entscheidende Einflussvariable dar.

In der NEXT-Studie wird allerdings lediglich nach dem Wunsch, den Pflegeberuf zu verlassen, gefragt. Der Nachteil besteht darin, dass nicht nachvollzogen werden kann, wie viele Personen diesem Wunsch tatsächlich nachgehen. Vorteilhaft ist allerdings, dass die Einflüsse nachvollzogen werden können, die zu dem Ausstiegswunsch führen.

### *Krankenstand und erhöhtes Burnout-Risiko*

Aus der Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz stammen die folgenden Angaben zum Krankenstand in den Pflegeberufen<sup>5</sup>. Altenpfleger/innen haben demnach durchschnittlich 17,4 Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) pro Versichertenjahr, hinzu kommen durchschnittlich 2,2 stationäre Aufenthaltstage. Frauen haben deutlich mehr AU-Tage und auch mehr stationäre Aufenthaltstage als Männer. Die BGW – Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege gibt einen Überblick über die Verdachtsfälle auf Berufskrankheiten im Jahr 2006. Hierbei wird deutlich, dass es sich überwiegend um Hauterkrankungen (34 Prozent, 924 Fälle) und Wirbelsäulenerkrankungen (35 Prozent, 927 Fälle) handelt. Gerade in diesen beiden Bereichen scheinen Altenpfleger/innen sehr gefährdet zu sein. Der psychische Gesundheitszustand der Altenpfleger/innen ist (gemessen als Skalenwert) außerdem um knapp 12 Prozent schlechter als der Vergleichswert der berufstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik. Altenpfleger/innen sind deutlich häufiger von psychosomatischen Erkrankungen betroffen – das sind 44 Prozent mehr Erkrankungen als im Durchschnitt der Vergleichsbevölkerung (vgl. BGW 2007).

Die Ursachen für das psychische Erkrankungsgeschehen sind komplex. Zur Krankheitsentwicklung tragen sowohl äußere Bedingungen (Arbeitsplatz, Familie, Lebenssituation) wie innere (individuelle, z.T. biogenetische) Dispositionen bei. Nach Befragungen von Arbeitsschutzexperten (2004) wurde der Arbeitsplatz als größte Quelle psychischer Fehlbelastungen (40 Prozent) genannt. Zu den häufigen Stressoren gehören ständiger Zeitdruck, Über- oder Unterforderung, mangelnde Anerkennung und Gratifikationskrisen, zu geringer Handlungsspielraum, Konflikte mit Vorgesetzten oder Kollegen (Vgl. BKK Gesundheitsreport 2008).

### *Verdienststruktur*

Der DGB-Index Gute Arbeit<sup>6</sup> erlaubt einen Blick auf die Verdienststruktur bezogen auf einzelne Einkommensgruppen<sup>7</sup>: Laut des Index beziehen 20 Prozent der Vollzeitbeschäftigten in der Krankenpflege und 48 Prozent der Vollzeitbeschäftigten in der Altenpflege einen monatlichen Bruttolohn von unter 1500 Euro. Wiederum 20 Prozent der Be-

---

<sup>5</sup> Als Indizien der gesundheitlichen Belastung in der Pflege werden die Routinedaten der Krankenkasse genutzt und die stationären Aufenthaltszeiten in Akutkrankenhäusern oder Reha-Maßnahmen sowie die Krankenschreibungen (AU-Zeiten) untersucht. Da eine Zusammenführung aus verschiedenen Datenbanken erfolgt, sind auch Informationen zu Entbindungen mit berücksichtigt.

<sup>6</sup> „Im Rahmen einer schriftlichen Befragung werden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus allen Regionen, Branchen, Einkommensgruppen und Beschäftigungsverhältnissen nach ihrer Sicht auf die Arbeitsgestaltung befragt. Entsprechend ihrem Anteil sind dabei auch geringfügig Beschäftigte, Leiharbeitnehmer und Teilzeitbeschäftigte vertreten. Somit ist der DGB-Index Gute Arbeit repräsentativ für das Urteil der Beschäftigten in Deutschland.“ (<http://www.dgb-index-gute-arbeit.de/>)

<sup>7</sup> Krankenpflege n=467, Altenpflege n=166.

schäftigten in der Krankenpflege und 24 Prozent der Beschäftigten in der Altenpflege verdienen monatlich weniger als 2000 Euro. Einkommen von unter 2000 Euro werden vom DGB als Prekärlohne eingestuft, unter 1500 Euro als Armutslöhne. Fast die Hälfte der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen (48 Prozent) verdient monatlich zwischen 2000 und 3000 Euro und 13 Prozent verdienen mehr als 3000 Euro. Im Bereich der Altenpflege sind es lediglich 24 Prozent der Beschäftigten, die zwischen 2000 und 3000 Euro verdienen und nur 5 Prozent haben ein Einkommen von über 3000 Euro. Hieran erkennt man, dass in beiden Pflegeberufen ein großer Teil der Beschäftigten trotz Vollzeitbeschäftigung für Bruttolöhne arbeitet, die den Armut- und Prekärlohnen zugeordnet werden, wobei die Situation in der Altenpflege noch deutlich gravierender ausfällt als in der Krankenpflege. Somit ist es nicht verwunderlich, dass die Einkommenssituation von beiden Berufsgruppen als sehr negativ eingeschätzt wird (vgl. Verdi 2008a: 10; Verdi 2008 b: 10).

Als Vergleichsgröße können die Regelvergütungen nach AVR (Richtlinien für Arbeitsverträge in den Einrichtungen des Deutschen Caritasverbandes<sup>8</sup>) betrachtet werden, welche an den Tarif des Öffentlichen Dienstes angelehnt sind<sup>9</sup>. Kranken- und Altenpfleger/innen in stationären und ambulanten Einrichtungen erhalten laut AVR-Bundesmittelwerttabelle eine Regelvergütung von mindestens 2.092,69 Euro bei Eingruppierung in Vergütungsgruppe KR 4 ohne Zulagen. Zulagen wie z.B. Kinderzulagen oder Wechselschichtzulagen können hinzukommen. In stationären Einrichtungen der Caritas können Altenpfleger/innen bis zu 3.838,22 Euro (Vergütungsgruppe KR 11) und Krankenpfleger/innen bis zu 4.815,64 Euro (Vergütungsgruppe KR 14) verdienen. In ambulanten Einrichtungen können sowohl Kranken- als auch Altenpfleger/innen nach oben in die Vergütungsgruppe KR 10 aufsteigen, welche mit bis zu 3.606,24 Euro entlohnt wird (alle vorangegangenen Angaben verstehen sich ohne Zulagen).

Betrachtet man diese Tarifvorgaben mit den realen Bruttolöhnen, die durch die Erhebung des DGB sichtbar wurden, muss man erkennen, dass nach Tarif zahlende Arbeitgeber – vor allem in der Altenpflege - wohl eher die Ausnahme als die Regel bilden, da hier 72 Prozent trotz Vollzeitstelle weniger als den untersten Tariflohn erhalten.

### *Gute Arbeit*

Nachfolgende Tabelle stellt der Altenpflege anhand der Zusammenfassung des DGB-Indexes Gute Arbeit die Arbeit in Deutschland allgemein gegenüber.

	Altenpflege (N=166)	Arbeit in Deutschland insgesamt
Gute Arbeit	12%	13%
Mittelmäßige Arbeit	36%	54%
Schlechte Arbeit	52%	33%

Abb.1: DGB-Index Gute Arbeit (Quelle: verdi)

Alarmierend ist, dass mehr als die Hälfte der Altenpfleger/innen in Arbeits- und Einkommensbedingungen beschäftigt sind, die als schlechte Arbeit eingestuft werden (vgl. Verdi 2008b: 3).

<sup>8</sup> <http://www.schiering.org/arhilfen/gesetz/avr/avr.htm>

<sup>9</sup> Zu den Arbeitgebern, welche ihre Regelvergütungen an den Öffentlichen Dienst anlehnen, gehören u.a. die Caritas, die Arbeiterwohlfahrt, das Deutsche Rote Kreuz und die Diakonie.

### 3 Ursachen und Rahmenbedingungen für die soziale und individuelle Wertschätzung von Pflegearbeit

Die Wertschätzung und das Ansehen von bestimmten Dienstleistungsberufen entspricht nicht ihrem tatsächlichen „Wert“. Das betrifft insbesondere das Berufsfeld der Altenpflege, welches noch immer im Schatten der „großen Schwester“ Krankenpflege steht (vgl. Hammer 1994: 27). Dies lässt sich an bestimmten Merkmalen der (geringen) Wertschätzung dieses Berufs verdeutlichen.

Um die Ursachen und Rahmenbedingungen für die soziale und individuelle Wertschätzung der Pflegearbeit analytisch erfassen zu können, bedarf es zunächst einer Systematisierung der Gesellschaftsebenen, in denen sich Wertschätzung ausdrückt. Auf der Mikroebene kommt den Beschäftigten in der Interaktion mit Kunden und Kollegen Wert- oder auch Geringschätzung zu. Auf organisationaler Ebene (Mesoebene) drückt sich Wertschätzung der Beschäftigten durch das Unternehmen aus. Und schließlich spielt die Gesellschaftsebene (Makroebene) eine große Rolle bei der Vermittlung von Wertschätzung von Dienstleistungsberufen; hier wirkt Anerkennung als Stolz fördernder Einflussfaktor, indem sie durch die Gesellschaft ausgesprochen wird (vgl. hierzu auch Gouthier 2006a).

Bevor jedoch auf die drei Ebenen und ihren Einfluss auf die Wertschätzung und Anerkennung eingegangen werden kann, bedarf es einer Klärung des Wertschätzungs- und Anerkennungsbegriffs. Was bedeutet eigentlich Wertschätzung?

#### 3.1 Theoretische Definition von Anerkennung und Wertschätzung

Im allgemeinen Sprachgebrauch werden die Begriffe Anerkennung und Wertschätzung synonym verwendet.

Betrachtet man die Begriffe Anerkennung und Wertschätzung aus sozialwissenschaftlicher Perspektive, lassen sich nach Axel Honneth drei Interaktionssphären (vgl. Honneth 1994: 153-211, vgl. auch Honneth 2003: 162-177) betrachten, innerhalb derer sich die Mitglieder einer Gesellschaft gegenseitig Anerkennung bzw. Wertschätzung entgegenbringen. Liebe, Recht und Solidarität/Leistung stellen die drei Sphären dar.

Die Form der Anerkennung der Interaktionssphäre Liebe unterscheidet sich dadurch von den anderen beiden Formen der Anerkennung, dass sie neben kognitiver Anerkennung auch Sympathie und Zuneigung voraussetzt. Liebe bezieht alle Formen der affektiven Zuneigung mit ein und ist wesentlich für die Fähigkeit zur gesellschaftlichen Teilhabe.

Anerkennung lässt sich in der Sphäre des Rechts am deutlichsten anhand des modernen Rechtssystems erläutern, das als „Ausdruck der verallgemeinerbaren Interessen aller Gesellschaftsmitglieder“ (Honneth 1994: 177) zu verstehen ist und auf universalistischen Moralprinzipien basiert. Jedes Individuum gilt daher ausnahmslos als „Zweck an sich“ (Honneth 1994: 180), es gibt in der rechtlichen Anerkennung weder Wertigkeit noch Hierarchie.

Die dritte Interaktionssphäre der Solidarität bzw. Leistung bezeichnet nach Honneth eine Anerkennungsform, in welcher nicht jeder Mensch als Zweck an sich ein Recht auf Anerkennung hat, sondern der Wert eines Individuums anhand eines allgemein geteilten Bewertungsrahmens bestimmt wird (Honneth 1994: 180). Die soziale Wertschätzung „erlaubt [es den Individuen], sich auf ihre konkreten Eigenschaften und Fähigkeiten positiv zu beziehen“ (Honneth 1994: 196). Im Projekt Berufe im Schatten wird diese dritte Sphäre besonders betont, da die soziale Wertschätzung innerhalb der Arbeitssphäre ausgedrückt wird.

Im weiteren Sinne ist die individuelle Wertschätzung davon abhängig, welche Kriterien ein Individuum hinsichtlich z.B. Qualifikation, Einkommen und Beruf erfüllt.



Die Bewertungsgrundlagen liegen allerdings nicht allein in der Person. Die Beschäftigten müssen vielmehr ständig gegen eine gesellschaftlich vermittelte und auch in sozialen Kontexten dominante negative Einschätzung „ankämpfen.“ Die Gruppe der Beschäftigten muss die Öffentlichkeit von dem Wert ihrer eigenen Leistung überzeugen: „Je stärker es sozialen Bewegungen gelingt, die Öffentlichkeit auf die vernachlässigte Bedeutung der von ihnen kollektiv repräsentierten Eigenschaften und Fähigkeiten aufmerksam zu machen, desto eher besteht für sie die Chance, den sozialen Wert oder eben das Ansehen ihrer Mitglieder in der Gesellschaft anzuheben.“ (Honneth 1994: 206)

### 3.2 Merkmale / Kriterien der (geringen) Wertschätzung: Interaktionsebene, Organisationsebene und Gesellschaftsebene

Anhand eines Vergleichs mit einem so genannten Zwillingberuf aus dem Dienstleistungsbereich Pflege sollen die gesellschaftlichen – und in deren Folge die individuellen und betrieblichen – Merkmale analysiert werden, die jeweils in dem einen Fall zu einer positiven und in dem anderen Fall zu einer negativen Wertschätzung führen. Als Zwillingberufe werden die Gesundheits- und Krankenpfleger/innen und die Altenpfleger/innen gesehen und untersucht<sup>10</sup>. Die Gesundheits- und Krankenpfleger/innen vertreten dabei die Seite der eher positiven Wertschätzung und die Altenpfleger/innen werden eher negativ bewertet.

Aufgrund welcher individuellen, betrieblichen und gesellschaftlichen Merkmale / Kriterien entsteht die individuelle und soziale Wertschätzung von Tätigkeiten und Berufsbildern?

Zunächst ist es bedeutsam, die Berufshistorie und den Grad der Professionalisierung der Altenpflege zu betrachten. Die historische Entwicklung trägt zur gesellschaftlichen Betrachtung des Dienstleistungsbereichs Altenpflege bei. Deshalb wird dieser, die Gesellschaftsebene betreffende Bereich, im Folgenden der weiteren Betrachtung der Einflussfaktoren der Wertschätzung vorangestellt.

#### 3.2.1 Berufshistorie und Professionalisierungsgrad der Altenpflege

Berufshistorisch betrachtet ist der Altenpflegeberuf erst sehr viel später als die Krankenpflegeberufe initialisiert worden, was schon per se dazu führt, dass sie im Schatten der Krankenpflege steht.<sup>11</sup>

Der sehr junge Beruf der Altenpflege hat den Charakter des Krankenpflege-Hilfsberufs und als tendenziell alltagsgeprägter Nichtberuf – in der Literatur wird die Krankenpflege sogar als die große Schwester der Altenpflege bezeichnet (Hammer 1994:27). Die Altenpflege ist aus zwei gegenläufigen Entwicklungen heraus entstanden. Zum einen durch den zunehmenden Pflegebedarf, der durch die rasche Zunahme Älterer zu Ende der 50er Jahre entstand und zum anderen aus dem mangelnden Angebot an Pflegenden, der sich daraus ergeben hat. Eine häusliche Versorgung konnte nicht mehr gewährleistet werden und die Konkurrenz um vornehmend weibliche Arbeitskräfte auf dem Arbeitsmarkt nahm zu. In der Folge konnten Altenpflegeeinrichtungen nicht mehr mit qualifiziertem Krankenpflegepersonal ausgestattet werden. Schließlich wurden die Altenpflegeleistungen aus dem Berufsbild der Krankenpflege ausgegliedert – der Altenpflegeberuf galt sozusagen als Kompensator und Entlastung für die Krankenpflege (hierzu auch Beiersdorff 2007).

---

<sup>10</sup> Gesundheits- und Krankenpfleger/innen werden in der ambulanten und stationären Altenpflege äquivalent zu Altenpfleger/innen eingesetzt.

<sup>11</sup> Florence Nightingale eröffnete bereits 1860 die erste Krankenpflegeschule in London. Dort erhielten die Pflegerinnen eine einjährige Ausbildung. Zur näheren historischen Entwicklung der Pflege siehe z.B. Katscher, L. (1989): Geschichte der Krankenpflege. Berlin.

Allerdings übernahmen die Beschäftigten der Altenpflege dabei Tätigkeiten, die eine Krankenschwester ungern ausübte, weil sie nicht so viel Ansehen wie die Tätigkeiten in der Akutmedizin versprachen. Altern, chronische Krankheiten und Sterben seien keine erfolgsorientierten Tätigkeiten im Sinne der naturwissenschaftlichen Medizin (Bäcker 1988). Die Pflege der Älteren wurde lange von Personen organisiert, die über keinerlei fachliche Kompetenz verfügten, sondern aus Berufung und Überzeugung handelten (Hinweis für eine gesellschaftliche Entwicklung der Annahme, pflegen könne Jeder).

Erst zu Ende der 1950er Jahre etablierten sich die ersten Halbjahreskurse, die durch verschiedene Wohlfahrtsverbände initiiert wurden – es wurde eine Verberuflichung der Altenpflege gefordert, nicht jedoch eine Professionalisierung (siehe unten). 1965 wird erstmals das Berufsbild der Altenpflegerin beschrieben und offiziell von der Krankenpflege getrennt. Im Gegensatz zur bundeseinheitlich geregelten Krankenpflegeausbildung unterlag die schulische Ausbildung in der Altenpflege den einzelnen Bundesländern. Noch bis 2003 gab es in 16 Bundesländern 17 verschiedene Ausbildungsmodelle. Im selben Jahr wurde von der Bundesregierung ein Gesetz verabschiedet, das den Beruf der Altenpflege durch eine dreijährige Ausbildung mit staatlicher Prüfung zu einem Lehrberuf macht und eine Vereinheitlichung der Ausbildung gewährleistet.

Altenpfleger/innen erfahren insofern eine Professionalisierung ihres Berufsbildes, als dass sie sich zunehmend gegenüber anderen Pflegeberufen abgrenzen und so zu einem einheitlichen Berufsbild gelangen. Eine eigenständige Ausbildung zum Altenpfleger gibt es europaweit nur in Deutschland und in Österreich – in anderen europäischen Staaten ist etwa eine Zusatzqualifikation<sup>12</sup> wie beispielsweise in der Schweiz zum geriatrischen Fachkrankenpfleger erforderlich.

Eine zielgruppenorientierte und fachliche Qualifikation der Teilnehmer/innen eines Ausbildungsganges gehört zur klassischen Professionalisierung eines Berufs oder einer Berufsgruppe. Möglich ist dies allerdings nur, wenn die Ausbildung bestimmte Voraussetzungen erfüllt (vgl. Kellnhauser 1994).

Als Professionsmerkmale gelten

- eine einheitliche akademische Ausbildung,
- autonomes Handeln unter Anwendung systematisierten Spezial- und Fachwissens,
- eine eigene Fachsprache,
- Spezialisierungsprozesse durch Fort- und Weiterbildung während der Berufsausübung,
- die Organisation in Berufsverbänden,
- die autonome Berufsverwaltung und
- eine eigenständige Berufsethik.

Ein weiter gefasster Professionalisierungsbegriff findet sich bei Offe (1984) und Oevermann (2002). Professionalität speziell in personenbezogenen Dienstleistungen – wie etwa der Pflege – bezieht sich nicht nur auf die fachliche Expertise (spezialisierte Ausbildung, Fachwissen etc.), sondern auf die Interventionspraxis des dienstleistenden Personals. Mit der Professionalisierung der Pflege geht das Ziel einher, die Autonomie auf beiden Seiten zu sichern: Für die Patienten darf die Intervention (die Pflegeleistungen, die an ihm/ihr verrichtet werden) ihre Integrität nicht weiter gefährden als nötig und muss darauf gerichtet werden, ihre Autonomie wieder herzustellen. Für den Pfleger/ die Pflegerin müssen ebenfalls Gestaltungsspielräume vorhanden sein, d.h. dass die Pflegeleistungen so wenig standardisiert und so individuell wie möglich sein sollten.

---

<sup>12</sup> In der Schweiz erlangt man beispielsweise zunächst eine Ausbildung zum/zur Pflegefachmann/-frau Diplomniveau I oder (veraltet) die Ausbildung zum/zur Krankenpfleger/-in FA (Fachausweis).

Der Altenpflegeberuf hat sicherlich (noch) nicht alle Merkmale erfüllt, um als Profession anerkannt zu werden. Es werden (und wurden bereits) wichtige Schritte eingeleitet, die zu diesem Weg führen. Mit der Etablierung von pflegewissenschaftlichen Studiengängen an Hochschulen seit Beginn der 1990er Jahre ist das Berufsfeld der Pflege – eher der Kranken- als der Altenpflege – der Professionalisierung ein Stück näher gekommen.<sup>13</sup>

Zur Professionalisierung der Altenpflege gehören des Weiteren die Pflegeforschung im klinischen Bereich, um die Pflege-theorien systematisch prüfen zu können; die Implementierung von pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen in den Pflegealltag; eine stärkere Differenzierung und Schwerpunktbildung in der beruflichen Qualifikation im Altenpflegeberuf (Stichwort Registrierung für beruflich Pflegende – siehe unten); eine Staffelung von Ausbildungsgängen mit unterschiedlichem Bildungsanspruch, d.h. neben hoch qualifizierten Pflegekräften mit Leitungsfunktion auch Pflegefachpersonal, das eine gute Grundausbildung durchlaufen hat; und nicht zuletzt eine spezifische Qualifizierung durch den Erwerb von zusätzlichen, auf bestimmte Personengruppen (Demenzranke, Behinderte, Sterbende, chronisch oder psychisch Kranke) ausgerichteten Kenntnissen (vgl. Ding-Greiner/Kruse 2004).

### 3.2.2 Einflussfaktoren der Wertschätzung: Interaktionsebene, Organisationsebene und Gesellschaftsebene

Im Folgenden soll der Zusammenhang der verschiedenen Einflussfaktoren der Wertschätzung näher dargestellt werden.

Ein Ursache-Wirkungszusammenhang lässt sich für die Einflussfaktoren der verschiedenen Ebenen herleitet. Dabei spielt es eine wichtige Rolle, auf welche Ebene man fokussiert. Ausgehend von den Beschäftigten der Branche, betrachtet man beispielweise die wertschätzungsrelevanten Einflussfaktoren der Interaktionsebene. Eine Erklärung für die geringe Wertschätzung ließe sich (vereinfacht dargestellt) wie folgt formulieren: Die Beschäftigten können sich nicht in einer angemessenen Fachsprache ausdrücken (Interaktionsebene). Dies lässt vermuten, dass dies in der Unternehmenskultur ihres Arbeitgebers wenig verankert ist (Organisationsebene), was wiederum dazu führt, dass die Öffentlichkeit der Meinung ist, pflegen könne Jeder und es brauche kaum Fachkompetenz dafür (Gesellschaftsebene). Die Folge ist eine geringe Wertschätzung für die beruflich Pflegenden.

Die verschiedenen Ebenen können in weitere Einflussfaktoren untergliedert werden. Diese Faktoren sind zu diesem frühen Zeitpunkt noch nicht abschließend erfasst und werden im weiteren Projektverlauf – gerade auch in der Zusammenarbeit mit den Praxispartnern – ergänzt bzw. modifiziert. Die Faktoren nehmen dabei verstärkt wechselseitig aufeinander Einfluss, d.h. dass es davon abhängig ist, welcher Wirkungszusammenhang der Wertschätzung gerade von welcher Ebene ausgehend betrachtet wird. Die Zusammenhänge verlaufen also nicht linear.

Ausgehend von der Gesellschaftsebene können folgende Faktoren Einfluss auf die Wertschätzung des Berufsfelds Pflege nehmen:

- Öffentliche Meinung
- Werte
- Grad der Anerkennung sozialer Dienstleistungen
- Mediale Präsenz
- Berufshistorie
- Grad der Professionalisierung
- Gesetzliche und tarifliche Rahmenbedingungen

---

<sup>13</sup> *Die Zeit* berichtet im Mai 2009, dass die Pflegewissenschaft nun auch in Deutschland an den Hochschulen floriere. Das ver helfe den Pflegekräften zur lang ersehnten Anerkennung ihrer Arbeit. *Die Zeit* Nr. 21, S. 93, 14. Mai 2009.

Für die Organisationsebene können beispielsweise diese Faktoren wertschätzungsrelevante Einflüsse darstellen:

- Führungsstil
- Mitarbeiterbindung
- Arbeitsbedingungen
- Qualitätskriterien („gute Arbeit“)
- Arbeitszeit
- Entlohnung

Auf Seiten der Beschäftigten bzw. der Interaktionsebene können folgende Einflüsse wertschätzungsbedeutsam sein:

- Motivation
- Stolz
- Zufriedenheit
- Emotionale Ebene
- Lob/Rückmeldung
- Selbstverwirklichung
- Qualifikation
- Messbarkeit des Erfolgs (pflegerischer Fortschritt)
- Bindung an den Beruf
- Aufstiegsmöglichkeiten

Anhand der verschiedenen Einflussfaktoren können die Ursachen einer geringen Wertschätzung der Altenpflege systematisch erfasst werden.

Es kann nun analysiert werden, worauf die Wertschätzungsverhältnisse in der Altenpflege beruhen. Die Analyse stützt sich dabei sowohl auf Literatur- und Dokumentenstudien als auch auf qualitative Interviews mit Kranken- und Altenpfleger/innen verschiedener Einrichtungen (stationär und ambulant), die im Projekt „Berufe im Schatten“ durchgeführt wurden. Exemplarisch werden wichtige Einflussfaktoren und deren Ursachen und (Wechsel)Wirkungen vertieft dargestellt.<sup>14</sup>

### **Interaktionsebene**

*„Deine Oma wäre stolz auf dich gewesen – auch wenn du nur Altenpflegerin geworden bist und keine Krankenschwester.“*

Auf der Interaktionsebene finden soziale Handlungen zwischen Individuen statt. Wertschätzung entsteht in zwischenmenschlichen Interaktionen mit Führungskräften, Kollegen, Kunden, Patienten. Eine große Rolle spielt hier auch das private Umfeld der Altenpflegekräfte. Wie wird ihnen dort Wertschätzung bezogen auf ihren Beruf entgegengebracht? Das einleitende Zitat oben weist darauf hin, dass die interviewte Altenpflegerin zwar einerseits durch ihren Großvater gelobt wird, andererseits jedoch im gleichen Zug herabgewürdigt wird.

Die Pflegekräfte beziehen ihre Motivation aus der Interaktion mit den zu Pflegenden und aus der emotionalen Bindung zu ihnen.<sup>15</sup> Äußerungen der Befragten zeigen, dass die Pflegenden eine hohe Identifikation mit ihrer Tätigkeit aufweisen und einen hohen Sinn-

---

<sup>14</sup> Insgesamt wurden im Zeitraum März bis Juni 2009 20 Interviews in 5 Einrichtungen geführt. Die Interviews werden derzeit inhaltsanalytisch und hermeneutisch analysiert. Die hier dargestellten Ergebnisse liefern einen ersten Eindruck der (mangelnden) Wertschätzung für die Altenpflege.

<sup>15</sup> „Ich helfe gerne und arbeite gerne mit Menschen. Ich finde es sehr gut, dass ich mich langfristig mit einem Patienten beschäftigen kann – gerade weil das die letzte Station seines Lebens ist,“ sagt eine befragte Altenpflegerin, die in der ambulanten Pflege tätig ist.

gehalt in ihrer Arbeit sehen. Sie nehmen dafür allerdings oftmals stark belastende Bedingungen in Kauf (siehe dazu Goesmann/Nölle 2009). Folgende Abbildung zeigt die Ergebnisse des DGB Indexes Gute Arbeit. Es fällt auf, dass die befragten Altenpfleger/innen den Sinngehalt im Vergleich zu den anderen Kriterien sehr hoch bewerten.

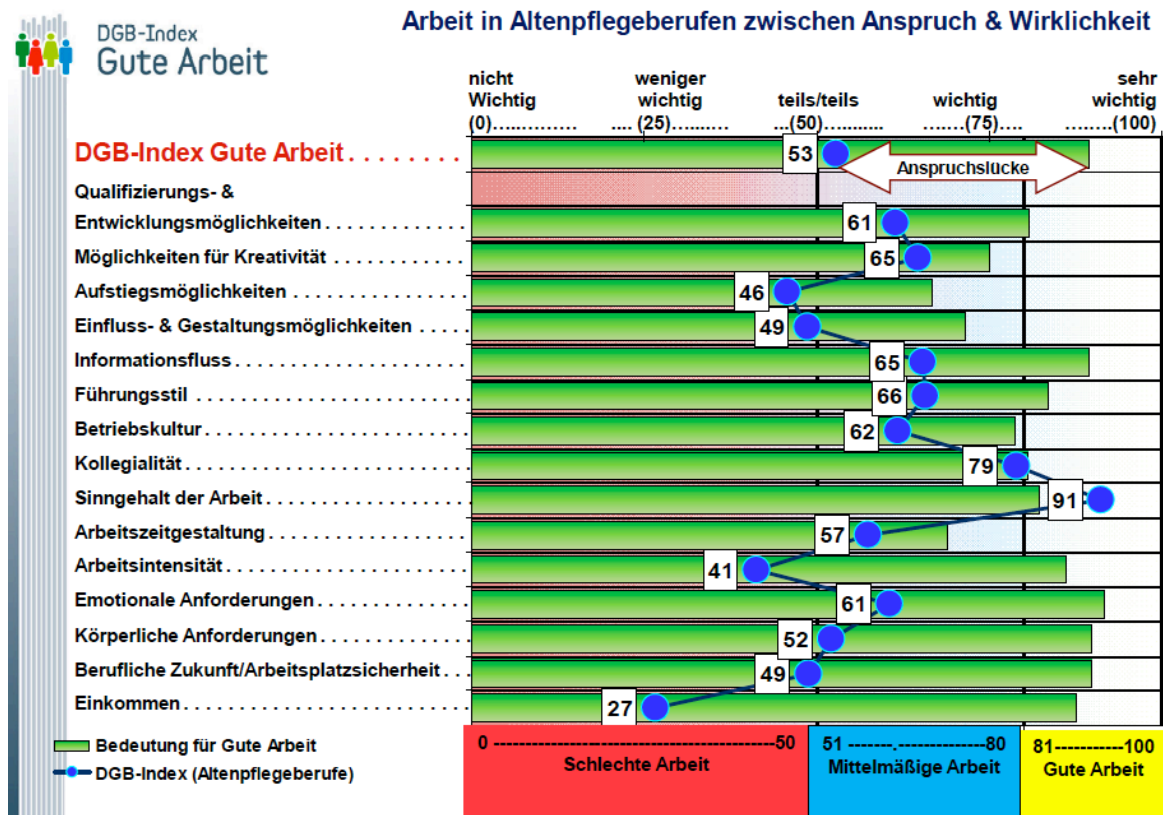


Abb. 2: Arbeit in Altenpflegeberufen zwischen Anspruch & Wirklichkeit (Quelle: Verdi 2008b)

Dem gegenüber steht allerdings eine geringe Wertschätzung von außen, die neben fachfremden Personen auch aus dem berufsnahen Feld der Krankenpflege entgegengebracht wird. Ein befragter Krankenpfleger, der in einem Krankenhaus tätig ist, sagt: „Während meiner Lehrzeit habe ich drei Monate in der Altenpflege gearbeitet. Das hieß ‚strafversetzt‘. Das war eine Katastrophe.“ Scheinbar sind die Tätigkeiten in der Altenpflege wenig angesehen und werden entsprechend (gering) wahrgenommen. Die Altenpflege sei auch für den befragten Krankenpfleger niemals eine Alternative gewesen – das seien für ihn völlig unterschiedliche Berufe, wobei er den Beruf als Krankenpfleger als ‚besseren‘ Beruf bewertet.

Eine Altenpflegerin, die von ihrer Familie scheinbar Stolz vermittelt bekommt, wird im gleichen Zuge herabgewürdigt, in dem die Krankenpflege höher bewertet wird („...auch wenn du nur Altenpflegerin geworden bist.“).<sup>16</sup>

Die Kompetenzdarstellung in der Altenpflege ist oftmals nicht besonders stark ausgeprägt bzw. wird sie wenig nach außen getragen. Im Interview mit einer Altenpflegerin beschreibt diese, was außer einer Grundpflege an höherwertigen Tätigkeiten notwendig ist; meist spricht sie jedoch von „Hintern abwischen“ und setzt das gleich mit den Tätigkeiten in ihrem Beruf. Sie diskreditiert sich einerseits damit selbst und drückt sich andererseits nicht in einer dem Beruf entsprechenden Fachsprache aus – gerade die Verwendung einer

<sup>16</sup> Eine Krankenschwester berichtet dazu: „...in unserer dreijährigen Ausbildung hatten wir auch eine Probezeit. Und alle, die die Probezeit nicht bestanden haben, wurden von der Schulleitung angesprochen, ob die nicht Altenpfleger werden wollen. (...) also alle die nicht in der Lage sind, Krankenschwester zu werden, können dann ja Altenpflegerin werden.“

Fachsprache jedoch drückt unter anderem den Professionalisierungsgrad eines Berufs aus und trägt dazu bei, dass Kunden bzw. Angehörige die Mitarbeiter/innen als fachlich kompetent wahrnehmen (vgl. Bruhn u.a. 2007). Die vorhandene Fachsprache wird selten untereinander bzw. gegenüber Dritten verwendet – die Fachsprache wird höchstens in der Pflegeplanung gebraucht. Der negative Selbstbezug der Altenpflegekräfte trägt dazu bei, dass das Bild der Altenpflege in der Öffentlichkeit eher negativ behaftet ist (siehe Gesellschaftsebene).

Stolz<sup>17</sup> ist wenig im Selbstbild der Pflegekräfte verankert. Das zeigt sich dadurch, dass die meisten der Befragten keine konkrete Antwort auf die Frage „Gibt es etwas, worauf sie besonders stolz sind?“ geben konnten. Teilweise wurde zwar an diesem Punkt auf die Qualifikationen verwiesen, in der Mehrzahl der Fälle bezogen sich die Befragten jedoch auf Aspekte des Verhältnisses zu dem Patienten und persönliche Eigenschaften<sup>18</sup> oder sie blieben eine Antwort gänzlich schuldig. Einige der befragten Altenpfleger/innen verweisen oft auf soziale Kompetenzen wie Vertrauensaufbau, Einfühlungsvermögen etc. die man auch in der Ausbildung zur Altenpflegekraft vermittelt bekommt – sie drücken sich dabei allerdings sehr alltagssprachlich und wenig fachlich aus.

Im beruflichen Handeln ist es nur sehr wenig verankert, die Pflegehandlungen nach einem vorher definierten Ziel auszurichten und im Nachhinein zu evaluieren. Die Bereitschaft zum grundlegenden Hinterfragen des eigenen Handelns ist im Selbstverständnis der Pflegeberufe noch zu wenig ausgeprägt. Eine Ergebniskontrolle und somit eine positive Einstellung zur eigenen Leistung ist jedoch stark davon abhängig, dass man sich über die eigenen Zielsetzungen und Zielerreichungsstrategien im Klaren ist.

Selbst innerhalb der Pflegeberufe scheint es aber auch immer noch Unklarheiten darüber zu geben, was eine gute Pflege ausmacht. Genau wie in der Außenwahrnehmung wird Pflege zu stark mit den Aspekten der körperlichen Grundpflege verknüpft.<sup>19</sup> Dies ist in sofern problematisch, dass es nicht zu einem Umdenken innerhalb der Gesellschaft kommen kann, solange die Berufsgruppe selbst ein unzureichendes Bild ihrer eigenen Tätigkeit hat und ihre eigenen Qualifikationen nicht selbstbewusst kommunizieren kann (siehe Gesellschaftsebene).

## **Organisationsebene**

### *Führungsstil und Mitarbeiterbindung*

Der Führungsstil in Einrichtungen der Altenpflege – stationär wie ambulant – ist eine wichtige Ressource für den Erhalt der Leistungsfähigkeit und der Leistungsbereitschaft von Pflegekräften. Dies ist vor dem Hintergrund wichtig, dass neben beanspruchenden Arbeitsbedingungen mangelnde Wertschätzung einer der Hauptbelastungsfaktoren im Be-

---

<sup>17</sup> Gouthier (2007) versucht Kernelemente des Konstruktes „Stolz“ in der Literatur zu identifizieren. Stolz werde häufig als positive Arbeitsemotion aufgefasst, die auf einem leistungsbezogenen Erfolgsereignis beruhe. „Ausgangspunkt des Empfindens von Stolz ist somit ein kognitiver Vergleich einer selbst erbrachten Leistung mit den Erwartungen eines Mitarbeiters an selbige. Erfüllt oder übertrifft die Leistung des Mitarbeiters seine eigenen Erwartungen, dann wird die Leistung als Erfolg wahrgenommen. Wichtig ist dabei, dass der Mitarbeiter das positive Handlungsergebnis auf internale Ursachenfaktoren wie z. B. eigene Fähigkeiten oder Anstrengungen zurückführt (Attributionstheorie; siehe z. B. Weiner 1985; 1986). Dieser wahrgenommene Erfolg stimuliert sodann das Empfinden von Stolz als positive Arbeitsemotion und geht mit einem positiven Gefühl des eigenen Wertes (Selbstwertgefühl) einher (Küpers/Weibler 2005) (Gouthier 2007: 387).

<sup>18</sup> „Also was ich schon ganz toll finde, dass ich immer noch bei der Stange bin und immer noch meinen Beruf ausübe und immer noch zufrieden bin.“

<sup>19</sup> „Das Problem ist, dass auch unsere jungen Kollegen, es nicht so lernen in der Ausbildung. Da frag ich mich auch immer, was die für ein Pflegeverständnis mitbekommen haben. Meinen die, pflegen ist waschen? [...] Uns hat das nie jemand so drastisch gesagt: ‚Geh doch mal bitte pflegen und lass die Waschsüssel hier stehen. Du wäscht jetzt heute mal nicht, du pflegst nur!‘ Zusammenhänge müssen gesehen werden, nicht nur Kümmern und Versorgen, sondern auch Fördern und Erlangen von Alltagskompetenz.“

reich der stationären Altenpflege ist<sup>20</sup>. Dies bezieht sich sowohl auf eine mangelnde Wertschätzung seitens der Gesellschaft aber auch seitens fachnaher Berufe wie etwa der Krankenpflege.

Im Gegensatz zum eher traditionellen Führungsstil, der weniger beteiligungsorientiert ist, bietet ein wertschätzungsorientierter Führungsstil die Chance, die Pflegekräfte dabei zu unterstützen, den beständig steigenden Anforderungen gerecht werden zu können. Ein wertschätzungsorientierter Führungsstil kann dabei ein Instrument sein, die Mitarbeiter/innen einerseits in ihrem Belastungsempfinden zu unterstützen, ihnen eine wertvolle Ressource präventiver Gesundheits- und Motivationsförderung anzubieten sowie andererseits die fachlichen Kompetenzen zu fördern und den Beschäftigten zu helfen, diese auch ‚nach außen‘ positiv darzustellen und letztlich zu verkaufen.

Die Wertschätzungsorientierung kann sich dabei sowohl in einem beteiligungsorientiertem Managementstil als auch in einer Stärkung der fachlichen und sozialen Kompetenzen und regelmäßigen Rückmeldungen bzw. Teambesprechungen äußern.

Gleichzeitig geht mit einem wertschätzungsorientierten Führungsstil eine höhere Mitarbeiterbindung einher. Angebote der Aus-, Fort- und Weiterbildung – auch über das vorgeschriebene Maß hinaus – sind ein Weg der Bindung der Mitarbeiter/innen. Unternehmen sollten neben den fachlichen Kompetenzen auch die sozialen Kompetenzen verstärkt schulen. Gesundheitspräventionsangebote sowie Stressbewältigungskurse etc. könnten weitere Maßnahmen zur langfristigen Mitarbeiterbindung darstellen (dazu auch PricewaterhouseCoopers 2007).

#### *Arbeitsbedingungen, Arbeitszeit und Entlohnung*

Die Erfolge<sup>21</sup> in der Altenpflege sind vermeintlich nicht so zufriedenstellend wie in der Krankenpflege. Die Altenpflege differenziert sich dahingehend von den medizinischen Tätigkeiten der Krankenpflege, dass sie sich vorwiegend mit chronischen Krankheiten, Sterbenden oder psychisch oder Demenzkranken beschäftigt und wenig kurativ ist. Die Erfolge auf dem Gebiet sind nicht eindeutig in quantifizierbaren Kennzahlen auszudrücken. „80 Prozent des Erfolges wird sinnlich wahrgenommen, 20 Prozent wird gemessen, kontrolliert mit irgendwelchen Instrumenten,“ so eine befragte Altenpflegerin. Dadurch entsteht eine geringere Standardisierung als in der Krankenpflege, denn die medizinische Behandlung kann nach einem bestimmten Ablauf organisiert werden, die psychosoziale Behandlung ist noch stärker vom Individuum und der jeweiligen Tagesform des Patienten / der Patientin abhängig, was eine Vorausschaubarkeit der Behandlung erschwert. Das hat zur Folge, dass von außen weniger wahrgenommen werden kann, wie der pflegerische Fortschritt tatsächlich verläuft. Die Pflegehandlungen werden nicht unbedingt nach einem vorher eng definierten Ziel ausgerichtet und dann evaluiert. Hinzukommt, dass der Behandlungsverlauf in der Altenpflege nicht zu einem positiven Ende führen kann – Alter(n), Multimorbidität, Demenz und schließlich Sterben sind Gegenstand des beruflichen Handelns. „Im Krankenhaus wird gesund gepflegt und wir übernehmen den ganzen Rest. Wir gucken also mehr im Ganzen. Wir nehmen auch die psychischen Veränderungen mehr wahr als eine Krankenschwester,“ so eine Altenpflegerin. Eine befragte Krankenschwester äußert sich folgendermaßen dazu: „Das ist noch viel belastender, psychisch, das muss man schon können. Ich könnte das nicht. Ich finde es schade, dass die einfach [...] immer noch ein schlechteres gesellschaftliches Bild haben, denn ich denke, die haben noch viel schwierigere Arbeitsbedingungen.“

---

<sup>20</sup> Vgl. hierzu eine öffentliche Berichterstattung aus Sicht der Pflegekräfte im Rahmen der 3. Fachtagung Palliative Geriatrie (Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie Info-Brief 2008/2).

<sup>21</sup> Erfolgreich Pflegen bedeutet beispielsweise, dass die Selbstständigkeit möglichst lange erhalten bleibt oder sich der Unterstützungsbedarf verringert bzw. auf gleichem Niveau bleibt.

Die Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen der (Alten-)Pflege sind noch immer belastend. Dazu gehören unregelmäßige Arbeitszeiten, hohes Arbeitspensum, physische und psychische Belastungen, oft noch unzureichende Fortbildungen oder ein komplexes und schwer eingrenzbare Arbeitsfeld. Beklagt wird ebenfalls eine nicht angemessene Vergütung (siehe ausführlicher dazu: Goesmann/Nölle 2009).

Im Folgenden wird ein Überblick über besondere Belastungen in Altenpflegeheimen und in der ambulanten Pflege gegeben.

Was in Altenpflegeheimen als besonders belastend erlebt wird	Was in Altenpflegeheimen als besonders gut erlebt wird
<ul style="list-style-type: none"> <li>• sehr viel Heben und Tragen (Ältere und Jüngere)</li> <li>• sehr hohe emotionale Arbeitsanforderungen (Ältere und Jüngere)</li> <li>• hohe quantitative Arbeitsanforderungen (Ältere und Jüngere)</li> <li>• übermäßiges Engagement bei der Arbeit (Jüngere und insbesondere Ältere)</li> <li>• Bedeutung der eigenen Arbeit wird von anderen kaum wahrgenommen (nur Jüngere)</li> <li>• Arbeitsplatzunsicherheit (vor allem Ältere)</li> <li>• relativ schlechte Gesundheit (vor allem Ältere)</li> <li>• sehr hohes Ausmaß an Beeinträchtigungen des täglichen Lebens infolge von Wirbelsäulenbeschwerden (vor allem Ältere)</li> <li>• relativ viel psychische Erschöpfung (Burnout; Ältere und Jüngere)</li> <li>• relativ niedrige „Arbeitsfähigkeit“ (gemessen mit dem Work-Ability-Index/WAI; nur bei Älteren)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hohe Führungsqualität (vor allem Ältere)</li> <li>• gute zwischenmenschliche Beziehungen (vor allem Ältere)</li> <li>• relativ gute Zufriedenheit mit der Bezahlung (Ältere und Jüngere)</li> <li>• hohe Bindung an die Einrichtung (Jüngere und vor allem Ältere)</li> </ul>

Abb. 3: Belastende Faktoren in Altenpflegeheimen (Quelle: BGW 2007)

Was in ambulanten Pflegediensten als besonders belastend erlebt wird	Was in ambulanten Pflegediensten als besonders gut erlebt wird
<ul style="list-style-type: none"> <li>• geringer Einfluss auf die Arbeit (Ältere und Jüngere)</li> <li>• Arbeitsbedingungen und -probleme belasten die Familie (Ältere und Jüngere), umgekehrt belasten familiäre Sorgen die Arbeit (nur Jüngere)</li> <li>• hohe Unsicherheit bei der Behandlung (Arzt fehlt; vor allem Jüngere)</li> <li>• übermäßiges Engagement bei der Arbeit (Jüngere und vor allem Ältere)</li> <li>• relativ niedrige „Arbeitsfähigkeit“ (WAI, nur Ältere)</li> <li>• relativ starke psychische Erschöpfung (Burnout; Ältere)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wenig Heben und Tragen (Ältere und Jüngere)</li> <li>• geringe quantitative Arbeitsanforderungen (nur Jüngere)</li> <li>• gute Entwicklungsmöglichkeiten bei der Arbeit (vor allem Ältere)</li> <li>• gute Führungsqualität (Ältere und Jüngere)</li> <li>• soziale Unterstützung vom Vorgesetzten (Ältere und Jüngere)</li> <li>• soziale Unterstützung von Kollegen (nur Jüngere)</li> <li>• gute zwischenmenschliche Beziehungen (vor allem Ältere)</li> <li>• relativ hohe Arbeitszufriedenheit (Ältere und Jüngere)</li> <li>• hohe Bindung an die Einrichtung (Jüngere und vor allem Ältere)</li> </ul>

Abb. 4: Belastende Faktoren in ambulanten Pflegediensten (Quelle: BGW 2007)

Anscheinend wird hier die Bezahlung in den Altenpflegeheimen nicht besonders negativ eingeschätzt. Eigene Befragungen und Dokumentenstudien im Projekt zeichnen allerdings ein anderes Bild: „Wenn ich jetzt in der Industrie arbeiten würde und hätte dort 30 Mitarbeiter unter mir, dann würde ich das dreifache verdienen. (...) es geht einfach darum, dass die Leistung nicht bezahlt wird. Das ist unser Hauptproblem (...), es wird nicht leistungsgerecht bezahlt.“

So lange man allerdings einen Tarifpartner als Arbeitgeber habe, könne man ganz zufrieden sein, so ein befragter Altenpfleger. Er habe bei einem privaten Anbieter im Schnitt 50 Euro weniger verdient (Vollzeit), als bei dem jetzigen Arbeitgeber, der ein Tarifpartner ist, – für eine Teilzeitanstellung mit 32 Stunden in der Woche (hierzu auch Goesmann/Nölle 2009).



## **Gesellschaftsebene**

Bei der Vermittlung von Wertschätzung spielt die Gesellschaftsebene eine große Rolle – die unterschiedlichen Faktoren verdeutlichen die Einflüsse, die auf die Wertschätzung und Anerkennung der (Alten-)Pflegeberufe wirken. Die Bewertungsgrundlage für den Aufbau von Stolz liegt nicht allein in der Person, sondern auch darin, dass die/der Beschäftigte ständig gegen eine gesellschaftlich vermittelte negative Einschätzung angehen muss.

### *Gesetzliche Rahmenbedingungen*

Im Unterschied zur Krankenpflege hat die Ausbildung zum/zur Altenpfleger/in die Versorgung einer bestimmten Altersgruppe der Bevölkerung zum Ziel. Die Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung sind mit denen der Krankenpflege nahezu identisch. Die Voraussetzung für die Zulassung sind eine abgeschlossene Mittlere Reife oder eine erfolgreich abgeschlossene Prüfung zum Altenpflegehelfer/in – wenn dabei die Note 2,5 oder besser erreicht wurde, kann direkt (d.h. ohne mittlere Reife) in das zweite Ausbildungsjahr gewechselt werden. Der Bundestag hat am 18.06.2009 einen Änderungsantrag beschlossen, mit dem das Alten- und Krankenpflegegesetz geändert wird. Der Zugang mit zehn Jahren allgemeinbildender Schule wird dadurch ermöglicht. Dies bedeutet aber eine Absenkung der Zugangsvoraussetzung, da nun auch der Zugang mit einem Hauptschulabschluss möglich ist. Diese Regelung greift allerdings nur in vier Bundesländern, da es nur dort zehnjährige Hauptschulabschlüsse gibt, die nicht die mittlere Reife beinhalten. Diese Änderung wurde von Pflegeexperten deutlich abgelehnt, lediglich Arbeitgeberverbände und Verdi haben diese Änderung begrüßt. Die Pflegeexperten fordern eine umgehende Reform des Alten- und Krankenpflegegesetzes. Die jetzige Änderung ist zunächst auf acht Jahre befristet (vgl. DBfK 2009). Befragte Experten im Projekt „Berufe im Schatten“ beklagen allerdings schon jetzt einen Rückgang an qualifizierten Bewerbern.<sup>22</sup> Ein durchschnittliches eher geringer qualifiziertes Bewerberniveau kann eine Abwärtsspirale in Gang setzen, die die Wertschätzung des Berufsfeldes weiterhin gering hält: ein niedriges Qualifizierungsniveau senkt die Attraktivität des Berufes oder stellt sogar die hohe Fachkompetenz in Frage. Höher qualifizierte Bewerber könnte dies hemmen bzw. davon abhalten die Ausbildung zu absolvieren. Der Bundesgeschäftsführer des deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) Franz Wagner meint, dass die Probleme der Ausbildung in erster Linie mit Strukturdefiziten und der fehlenden Attraktivität wegen schlechter Arbeitsbedingungen zu tun hätten (vgl. DBfK 2009).

In der Altenpflege gibt es zudem (noch) wenige Spezialisierungsmöglichkeiten. Im Vergleich Krankenpflege und Altenpflege bestehen in der Krankenpflege mehr Möglichkeiten zur Spezialisierung (siehe Berufenet der Bundesagentur für Arbeit). Hinzu kommt, dass es in der Altenpflege an einer strategischen bzw. systematischen Weiterbildung mangelt (vgl. MGSFF 2004a).

Die Leitungskräfte der im Projekt befragten Unternehmen sind zudem ausschließlich gelernte Krankenschwestern bzw. Krankenpfleger. Es fällt auf, dass die Leitungskräfte hier vorwiegend männlich sind.<sup>23</sup> Nach Verhandlungen mit den Krankenkassen hat der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. in Nordrhein-Westfalen eine Gleichstellung examinierter Altenpflegekräfte mit ihren fachverwandten Kolleginnen und Kollegen aus der Krankenpflege herbeigeführt: Seit dem 01. Dezember 2005 können in NRW auch Altenpflegekräfte mit einer dreijährigen Ausbildung als Pflegedienstleitung (PDL)

---

<sup>22</sup> Eine befragte Leitungskraft sagt: „Die Qualität der Bewerber hat ziemlich abgenommen. Früher hatten wir viel mehr Bewerber, die Abitur hatten. Jetzt ist das höchstens mal einer. Heute sind wir froh, wenn mal einer dabei ist, der einen guten Realschulabschluss hat.“

<sup>23</sup> Siehe hierzu: Stiegler, B. (1994): Berufe brauchen kein Geschlecht. Zur Aufwertung sozialer Kompetenzen in Dienstleistungsberufen, Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Arbeits- und Sozialordnung, Bonn

bzw. als deren Stellvertretung im Bereich der Häuslichen Krankenpflege tätig sein. Bis dahin war diese Möglichkeit allein den Krankenpfleger/innen vorbehalten (vgl. bpa).

### *Die Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs*

Um Leistungen der Pflegeversicherung beanspruchen zu können, muss der Versicherte pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI sein. Der gesetzliche Pflegebedürftigkeitsbegriff berücksichtigt jedoch nur bestimmte Kriterien, so dass Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes nicht deckungsgleich sein muss mit dem tatsächlichen Pflegebedarf. Es gibt zwar die Möglichkeiten, psychosoziale Betreuung abzurechnen, aber nur in sehr geringem Maße.

Nicht nur, dass die Unternehmen der Branche Schwierigkeiten haben, ihre Leistungen gegenüber den Kunden zu rechtfertigen, seitens der Pflegekassen haben die Unternehmen ebenfalls Schwierigkeiten die Leistungen abzurechnen. Das betrifft vor allem die ambulanten Dienste und deren psychosoziale Betreuung der Kunden, welche eine der Kernqualifikationen der Altenpflege darstellt und ein wesentliches Merkmal zur Abgrenzung zur Krankenpflege ist.

Die mangelnde Wertschätzung der Altenpflege und die gesellschaftlich verankerte und politisch kommunizierte Annahme, pflegen könne Jeder, erschwert es den Unternehmen der Branche, ihre Dienstleistungen entsprechend zu verkaufen. Es stellt sich leicht die Frage, warum die Dienstleistung der Altenpflege ihrer Fachkompetenz entsprechend bezahlt werden sollte, wenn einem seitens der Politik suggeriert wird, dass „Jeder“ diese Tätigkeit ausüben kann.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat Ende 2006 einen "Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs" berufen. Seit der Einführung der Pflegeversicherung (1995) wird nach Auffassung von Experten ein zu eng gefasster, nicht genügend ausdifferenzierter Pflegebedürftigkeitsbegriff zugrunde gelegt, der rein körperlich ausgerichtet ist. Wesentliche psychosoziale Aspekte wie Kommunikationsfähigkeit und soziale Teilhabe werden nicht berücksichtigt. Die Aufgabe eines auf Grundlage des Koalitionsvertrages eingerichteten Beirates des Bundesgesundheitsministeriums ist es nun, diesen unzureichenden Pflegebedürftigkeitsbegriff kritisch zu überprüfen und eine Neufassung vorzubereiten.

Pflegebedürftig ist nach der aktuellen Definition jemand, der Einschränkungen in der Körperpflege, der Hauswirtschaft, der Ernährung und der Mobilität hat. Der psychosoziale Aspekt wird dabei nicht berücksichtigt. Folglich ist die psychosoziale Betreuung nur am Rande finanzierbar (zum Beispiel gibt es seit der Pflegereform 2008 - SGB XI §45b - die Möglichkeit, für bis zu 200 € im Monat niedrigschwellige Betreuung abzurechnen).<sup>24</sup>

Ende Mai diesen Jahres hat der Beirat zur Neuumsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs seinen Bericht vorgelegt.<sup>25</sup> Darin heißt es, dass die Pflege neue Strukturen brauche. „Ein veränderter Pflegebedürftigkeitsbegriff, der den Grad der Beeinträchtigung eines Menschen in seiner Selbstständigkeit und seine Angewiesenheit auf personale Unterstützung feststellt, stellt damit zugleich veränderte Erwartungen an die Selbstbestimmung und Verantwortung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, Nachbarn und Zivilgesellschaft. Damit wird keine Privatisierung des Pflegerisikos angestrebt“ (BMG 2009). In der neuen Definition werden die häufig gleichzeitigen körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen berücksichtigt und durch die ganzheitliche Sicht des Menschen wird jede einseitige Dominanz von Beeinträchtigungen verhindert. Der neue Begriff der Pflegebedürftigkeit fokussiert eher auf die Potenziale eines Menschen, d.h. die Selbstständigkeit soll

---

<sup>24</sup>Ausführlich dazu auch der Umsetzungsbericht zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsberichts.

<sup>25</sup> Siehe: [http://www.bmg.bund.de/clin\\_117/nn\\_1168762/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2009/Presse-2-2009/pm-25-05-09.html?\\_\\_nnn=true](http://www.bmg.bund.de/clin_117/nn_1168762/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2009/Presse-2-2009/pm-25-05-09.html?__nnn=true)

möglichst lange erhalten bleiben und vorhandene Ressourcen sollten gestärkt werden - die Verschlechterung des Zustandes der Pflegebedürftigkeit soll so lange wie möglich vermieden werden.

### *Grad der Anerkennung sozialer Dienstleistungen – Psychosoziale Betreuung als Abgrenzungsmerkmal zur Krankenpflege*

Die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs berücksichtigt also vielmehr auch psychosoziale Betreuung, was als Chance für die Altenpflege gesehen werden kann. Ihr stärkstes Abgrenzungsmerkmal zur Krankenpflege – die psychosoziale Betreuung – wird aufgenommen und somit als wichtig anerkannt. Dies ist ein Ansatzpunkt, die Öffentlichkeit stärker über die Altenpflege zu informieren und damit den Professionalisierungsgrad und die Komplexität des Berufes zu erhöhen und zu dokumentieren.

Ein Versuch, dies auf Seiten der fachlichen Darstellung voranzubringen, ist die Initiative der Registrierung beruflich Pflegenden. Damit gibt es in Deutschland zum ersten Mal die Möglichkeit, ähnlich wie schon in anderen europäischen Ländern sowie in den USA und Australien, zuverlässige Daten über die Anzahl der in der Berufsgruppe Tätigen, deren Einsatzorte und auch Qualifikationen zu erheben. Für die beruflich Pflegenden selbst (das betrifft alle Pflegeberufe, nicht nur die Altenpflege), aber auch die Arbeitgeber gilt die Registrierung als Qualitätsprädikat, da sich nur diejenigen als registrierte beruflich Pflegenden ausweisen dürfen, die entsprechende Qualifizierungsnachweise erbringen und damit transparent machen, dass sie sich laufend fachlich weiterbilden. Außerdem trägt die Initiative dazu bei, dass die Notwendigkeit einer nachweislichen fachlichen Expertise und Qualifikation künftig auch vom Gesetzgeber anerkannt wird ([www.regbp.de](http://www.regbp.de)).

Die Öffentlichkeit muss dahingehend sensibilisiert werden, dass die Betreuung von bestimmten pflegebedürftigen Gruppen im Alter (psychisch Kranke, Demenzkranke etc.) ein wesentlicher Bestandteil der Altenpflege ist und nur von Fachkräften geleistet werden kann.

Eine aktuelle sozialpolitische Diskussion weist Parallelen zur mangelnden Wertschätzung der Altenpflege auf - der Streik der Beschäftigten in den Kindertagesstätten. Die Erzieherinnen beklagen eine mangelnde Wertschätzung ihres Berufs und initiieren „... eine breite Kampagne für den Wert und eine größere gesellschaftliche Wertschätzung von sozialer Arbeit“, so Georg Schulze-Ziehaus, Verdi-Landesfachbereichsleiter Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen (Frankfurter Rundschau<sup>26</sup>).

### *Öffentliche Meinung und mediale Präsenz*

*„Alle denken doch, dass ich den ganzen Tag nur Popos abwische und Spucke wegwische.“*

Dieses Bild herrscht nach Meinung einer im Projekt interviewten Altenpflegerin in der gesellschaftlichen Wahrnehmung vor. Umfragen und gezielte Befragungen zeigen zwar, dass den beruflich Pflegenden ein hohes Maß an Vertrauen entgegengebracht wird<sup>27</sup>, dabei jedoch der Pflegeberuf immer noch als unattraktiv, unselbstständig und weisungsabhängig gilt (vgl. Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ 2005: 294). Hier besteht offensichtlich eine Diskrepanz zwischen der Bedeutsamkeit der beruflichen Tätigkeit und der öffentlichen Meinung dazu.

In den Medien werden Altenpfleger/innen selten mit ihrer fachlichen Kompetenz in Verbindung gebracht. Themen wie Pflegenotstand, unzureichende Pflege und Versorgung

---

<sup>26</sup> [http://www.fr-online.de/frankfurt\\_und\\_hessen/nachrichten/hessen/?em\\_cnt=1753812&](http://www.fr-online.de/frankfurt_und_hessen/nachrichten/hessen/?em_cnt=1753812&)

<sup>27</sup> Umfrage des Readers Digest zum Vertrauen in eine Berufsgruppe. Readers Digest. Trust Band 7.3.2002

bzw. allgemein die schlechte Qualität der Pflege in Altenpflegeheimen<sup>28</sup> etc. sind dagegen nicht selten zu lesen oder in Fernsehsendungen zu sehen. Immer wieder versuchen sich die beruflich Pflegenden dagegen zu wehren – allerdings kommen dort meist Leitungskräfte oder Krankenpflegekräfte zu Wort. Die Altenpfleger/innen sind selten bis nie zu sehen.

Ein Beispiel für die Wahrnehmung der Tätigkeiten der Altenpflegekräfte als ‚Jedermann-tätigkeit‘ zeigt sich darin, dass im Sommer letzten Jahres selbst die Bundesagentur für Arbeit (BA) in einer Kurzausbildung Langzeitarbeitslose als Pflegeassistenten für die Betreuung von Demenzkranken schulen wollte<sup>29</sup>. Diese politisch initiierte Personalrekrutierung löste allerdings bei Pflegevertretern einen Sturm der Entrüstung aus. Der Umgang mit Demenzkranken wird in der Regel in einer dreijährigen Ausbildung zum Altenpfleger erlernt. Hinzu kommen meist noch Zusatzausbildungen zum Thema. Es mangelt an einer Transparenz der Komplexität und der Interdisziplinarität der Tätigkeiten in der Altenpflege. Was einmal mit einer Ausgliederung aus den Krankenpflegetätigkeiten begonnen hat, ist längst zu einer Fachqualifikation mit hohem medizinischem und pflegerischem Anteil – sowohl stationär als auch ambulant - geworden. Die Altenpflege hat ihren Fokus dabei klar in der psychosozialen Betreuung von älteren Menschen.<sup>30</sup>

---

<sup>28</sup> 35% der Ostdeutschen und sogar 42% der Westdeutschen beurteilen die Qualität der stationären Pflege als 'ziemlich schlecht' oder 'sehr schlecht'. Schlechter als in Westdeutschland wird die Qualität der stationären Pflege damit nur in den osteuropäischen Ländern sowie in Griechenland und Italien bewertet. In der politischen Diskussion steht die Qualitätssicherung ambulanter Pflegedienste gegenwärtig im Mittelpunkt, während aus Sicht der Bevölkerung aber vor allem in der stationären Pflege Handlungsbedarf besteht (vgl. dazu Dittmann 2008).

<sup>29</sup> <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,572527,00.html>

<sup>30</sup> In einem viersemestrigen Masterstudiengang an der Universität Witten Herdecke sollen erstmals in Deutschland fächerübergreifend Experten für die Versorgung Demenzkranker und ihrer Familien ausgebildet werden. Sie sollen später unter anderem bei Krankenkassen und Pflegediensten arbeiten (Spiegel Online 2009).

#### 4 Fazit und mögliche Maßnahmen zur Steigerung der Wertschätzung für die Altenpflege

Nicht nur die demografische Entwicklung trägt dazu bei, dass die Akteure der pflegerischen Versorgung hinsichtlich personeller als auch qualitativer Ressourcen immer stärker gefordert sind. Schlechte Arbeitsbedingungen, ein hoher Krankenstand, ein geringes Einkommen und vor allem eine mangelnde Attraktivität (nicht nur in Bezug auf den Zwillingsberuf Krankenpflege) kennzeichnen das Berufsfelds Altenpflege.

Die systematische Analyse der Wertschätzung der Altenpflege zeigt, dass auf allen drei Ebenen – Interaktionsebene, Organisationsebene und Gesellschaftsebene – Merkmale einer geringen Wertschätzung zu finden sind, die sowohl die Altenpfleger/innen selbst betreffen sowie die Öffentlichkeit negativ beeinflussen. Die Altenpfleger/innen weisen (noch) nicht das berufliche Selbstverständnis auf, das sie für eine positivere Wahrnehmung ihrer Tätigkeiten in der Öffentlichkeit aufweisen müssten. Wenige Merkmale einer Professionalisierung des Berufsfeldes Altenpflege sind bislang so weit fortgeschritten, wie es angemessen (oder wünschenswert) wäre. Die im Projekt befragten Altenpfleger/innen identifizieren sich sehr stark mit ihrem Beruf, drücken dies allerdings wenig professionell aus und vermitteln ihr berufliches Selbstverständnis nicht nach außen. Dies führt zu einer mangelnden Wertschätzung ihrer Leistungen.

Daraus ergeben sich zunächst folgende offene Forschungsfragen:

- Wie kann Stolz – und damit einhergehend die eigene Wertschätzung – seitens der Beschäftigten entwickelt werden (Interaktionsebene)?
- Wie können Unternehmen dazu beitragen (Organisationsebene)?
- Wie kann die gesellschaftliche Wahrnehmung der Berufe positiv beeinflusst werden (Gesellschaftsebene)?

Um die negative Wertschätzung positiv zu beeinflussen, können zu diesem Zeitpunkt folgende Maßnahmen zur Steigerung der Wertschätzung vorgeschlagen werden, die im weiteren Projektverlauf gemeinsam mit den Unternehmen der Pflege maßgeschneidert für die Branche herausgearbeitet und modifiziert werden können:

- Abgrenzung von anderen Tätigkeitsfeldern wie z.B. der Krankenpflege
- Zielorientierung – stärkere (Selbst-)Evaluierung der Altenpflege (Orientierung an Pflegekonzepten)
- Partizipative, wertschätzungsorientierte Managementkonzepte in den Unternehmen etablieren
- Professionalisierungsgrad der (Alten-)Pflege weiter vorantreiben – Pflegen kann nicht Jeder
- Kompetenzdarstellung ausbauen
- ständige Qualifizierung (über die verpflichtende Qualifizierung hinaus)
- Gesundheitsprävention der Beschäftigten – „Alte pflegen Alte“
- von Anderen Lernen – Vergleich mit anderen Branchen bzw. regelmäßiger Austausch
- Marktorientierung der Unternehmen – Stärken stärken
- Imagekampagnen – vorhandene Maßnahmen bekannt machen auf Seiten der Öffentlichkeit (spätere Zielgruppen) und für die Rekrutierung von Fachkräften
- Organisationsgrad erhöhen – siehe z.B. die Initiative zur Errichtung von Pflegekammern in Deutschland

## Literatur:

Bäcker, G. (1988): Arbeitsbedingungen in der Altenpflege, Düsseldorf.

Behrens, J. / Horbach, A. / Müller, R. (2009): Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz (ViPb). Abschlussbericht. Halle (Saale): Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg.

Beiersdorff, R. (2007): Altenpflege – ein Berufsbild im Wandel? Eine qualitative Studie zur beruflichen Entwicklung der Altenpflege, Norderstedt.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hrsg.) (2007): Sieht die Pflege bald alt aus? BGW-Pflegereport 2007, Hamburg.

BKK Bundesverband (2008): BKK Gesundheitsreport 2008. Seelische Krankheiten prägen das Krankheitsgeschehen, Essen.

Bruhn, M. / Hadwich, K. / Georgi, D. (2007): Integrierte Kundenorientierung als Treiber der Service Excellence. Theoretisch und empirische Befunde zur Effektivität von externer und interner Kundenorientierung, in: Gouthier, M./ Coenen, C. / Schulze, H.S. / Wegmann, C. (Hg): Service Excellence als Impulsgeber. Strategien – Management – Innovationen – Branchen, Wiesbaden.

Ding-Greiner, C.; Kruse, A. (2004): Altenpflege: Qualifizierung in der Ausbildung. In: GGW 4/2004 (Oktober), 4. Jg., S. 16-25.

Dittmann, J. (2008): Deutsche zweifeln an der Qualität und Erschwinglichkeit stationärer Pflege. Einstellungen zur Pflege in Deutschland und Europa. In: Informationsdienst Soziale Indikatoren (ISI), 40, 2008, S. 1-6.

Enste, D. (2009): Pflegedienstleistungen – Vom Kostenfaktor zum Jobmotor. Herausgegeben vom Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Berlin.

Fraser, N./ Honneth, A. (2003): Umverteilung oder Anerkennung? Eine politisch-philosophische Kontroverse, Frankfurt am Main.

Goesmann, C./ Nölle, K. (2009): Die Wertschätzung für die Pflegeberufe im Spiegel der Statistik, Dortmund. (Arbeitspapier)

Gouthier, M. (2006a): Produzentenstolz von Dienstleistern als positive Arbeitsemotion. In: M. Ringlstetter, S. Kaiser & G. Müller-Seitz (Hrsg.): Positives Management. Zentrale Konzepte und Ideen des Positive Organizational Scholarships, Wiesbaden.

Gouthier, M. (2007): Mitarbeiterstolz und Service Excellence, in: Gouthier, M. / Coenen, C. / Schulze, H.S. / Wegmann, C. (Hrsg.): Service Excellence als Impulsgeber. Wiesbaden.

Hammer, E. (1994): Qualifikationsanforderungen in der Altenhilfe, Europäische Hochschulschriften, Frankfurt am Main.

Hasselhorn, H.-M./ Tackenberg, P./ Büscher, A./ Stelzig, S./ Kümmerling, A./ Müller, B.H. (2005): Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland. In: Hasselhorn, H.-M. et al.: Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Dortmund/Berlin/Dresden.

Honneth, A. (1994): Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte, Frankfurt am Main.

Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK), Zentrum der Goethe-Universität Frankfurt am Main (2009): Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern - Zentrale Studienergebnisse im Überblick, Frankfurt am Main.

Katscher, L. (1989): Geschichte der Krankenpflege. Berlin.

Kellnhäuser, E. (1994): Krankenpflegekammern und Professionalisierung der Pflege, Mellungen.

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW (MGSFF) (2004a): Personalstrukturen, Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in der stationären Altenpflege, Düsseldorf.

Oevermann, U. (2002): Professionalisierungsbedürftigkeit und Professionalisiertheit pädagogischen Handelns, in: Kraul, M./ Marotzki, W./ Schweppe, C. (Hg): Biographie und Profession. Bad Heilbrunn, S.19-63.

Offe, C. (1984): Arbeitsgesellschaft: Strukturprobleme und Zukunftsperspektiven, Kapitel 10., Frankfurt am Main.

Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2005): Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“, Düsseldorf.

PricewaterhouseCoopers (2007): Working Towards Wellness: Accelerating the Prevention of Chronic Diseases. London.

Statistisches Bundesamt (2008): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse Dezember 2007. Wiesbaden: destatis.

Stiegler, B. (1994): Berufe brauchen kein Geschlecht. Zur Aufwertung sozialer Kompetenzen in Dienstleistungsberufen, Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Arbeits- und Sozialordnung, Bonn.

Verdi (Hrsg.) 2008a: Arbeitsqualität aus der Sicht von Krankenpfleger/innen.

Verdi (Hrsg.) 2008b: Arbeitsqualität aus der Sicht von Altenpfleger/innen.

### **Internet:**

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege:  
[http://www.bgwonline.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Statische\\_20Seiten/Navigation\\_20links/Aufbruch\\_20Pflege/Daten\\_\\_und\\_\\_Fakten/Grafiken\\_\\_Daten\\_\\_und\\_\\_Fakten/Meldungen\\_\\_Verdachtsanzeigen-2006\\_\\_gross,property=bild.jpg](http://www.bgwonline.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Statische_20Seiten/Navigation_20links/Aufbruch_20Pflege/Daten__und__Fakten/Grafiken__Daten__und__Fakten/Meldungen__Verdachtsanzeigen-2006__gross,property=bild.jpg) (09.06.2009)

DBfK

<http://www.dbfk.de/pressemitteilungen/wPages/index.php?action=showArticle&article=DBfK-kritisiert-verfehlte-Pflegebildungspolitik.php&navid=100> (19.06.2009)

Palliative Geriatrie:  
[www.palliative-geriatrie.de](http://www.palliative-geriatrie.de)

Spiegel online:  
<http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/0,1518,631733,00.html> (23.06.2009)

Spiegel online:  
<http://www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,572527,00.html> (07.06.2009)

Verdi:  
[http://www.verdi-gutearbeit.de/meldung\\_volltext.php?si=4a251a6a51a7f&id=49d5c6613279f&akt=branchen&view=&lang=1](http://www.verdi-gutearbeit.de/meldung_volltext.php?si=4a251a6a51a7f&id=49d5c6613279f&akt=branchen&view=&lang=1) (02.06.2009)

Verdi:  
[http://www.verdi-gute-arbeit.de/meldung\\_volltext.php?si=4a251a6a51a7f&id=49d5ce44bfd30&akt=branchen&view=&lang=1](http://www.verdi-gute-arbeit.de/meldung_volltext.php?si=4a251a6a51a7f&id=49d5ce44bfd30&akt=branchen&view=&lang=1) (02.06.2009)

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V: [www.bpa.de](http://www.bpa.de)

Registrierung beruflich Pflegender: [www.regpb.de](http://www.regpb.de)

Berufe im Schatten – Pflegen kann nicht Jeder! Wertschätzung für die (Alten-)Pflege

[http://gesundheit-soziales.nrw.verdi.de/altenpflege/data/stellungn\\_umlage\\_altenpfl\\_mai07.pdf](http://gesundheit-soziales.nrw.verdi.de/altenpflege/data/stellungn_umlage_altenpfl_mai07.pdf) (15.06.2009)

PricewaterhouseCoopers:

[http://www.pwc.de/portal/pub/!ut/p/kcxml/04\\_Sj9SPykssy0xPLMnMz0vM0Y\\_QjzKLd4p3dg0CSYGYLm4W-pEQhgtEzCDeESESPO-t7-uRn5uqH6BfkBsaUe7oqAgAOq82vw!!?siteArea=49c234c4f2195056&content=e5b6f7096a5ca4a&topNavNode=49c4e4a420942bcb](http://www.pwc.de/portal/pub/!ut/p/kcxml/04_Sj9SPykssy0xPLMnMz0vM0Y_QjzKLd4p3dg0CSYGYLm4W-pEQhgtEzCDeESESPO-t7-uRn5uqH6BfkBsaUe7oqAgAOq82vw!!?siteArea=49c234c4f2195056&content=e5b6f7096a5ca4a&topNavNode=49c4e4a420942bcb) (19.06.2009)