

## Beschäftigungspotenziale durch Dienstleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Menschen

Fraktionsbeschluss vom 26.11.2007

### Zusammenfassung

Durch die Alterung der Gesellschaft und den Wandel der Lebensentwürfe **steigt der Bedarf an personenbezogenen Dienstleistungen**. So entstehen **neue Beschäftigungsfelder**. Dies geschieht insbesondere im Bereich der Pflege von älteren und der Unterstützung von hilfebedürftigen Menschen. Beschäftigungspotenziale liegen in der Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich.

Wir brauchen jetzt die richtigen **politischen Weichenstellungen**, um diese Beschäftigungspotenziale realisieren zu können. Zugleich muss gesichert sein, dass Pflege eine bezahlbare und qualitativ hochwertige Leistung ist, die qualifizierte Arbeitskräfte unter guten Arbeitsbedingungen erbringen.

Gegenwärtig mangelt es insbesondere an **Verbrauchersouveränität** der Betroffenen oder ihrer Angehörigen. Die Betroffenen brauchen deshalb mehr **Handlungsmöglichkeiten**, um Dienstleistungen zu finden, zu bezahlen und steuern zu können. Ein unabhängiges Beratungsangebot soll sie dabei unterstützen. Nur so kann sich ein **Markt für Dienstleistungsangebote** entwickeln.

Noch immer meinen viele Menschen irrtümlich, die **Pflegeversicherung sei eine Vollkaskoversicherung**. Das behindert das Entstehen **haushaltsnaher Dienstleistungen** und damit Beschäftigungschancen auch für Menschen mit geringen formalen Qualifikationen. Daher muss zum einen das Bewusstsein und die Bereitschaft zu mehr Eigenbeteiligung gestärkt werden, die jedoch auf souveränen Entscheidungen beruhen muss. Zum anderen kann eine stärkere **Arbeitsteilung** und eine **Abkehr vom Allzuständigkeits-Anspruch** der Pflegebranche für mehr Beschäftigung sorgen. **Komplementäre und niedrigschwellige Dienstleistungen** gehören auch zum Bereich der Pflege. Für sie bedarf es einer fachlichen, organisatorischen sowie sozialen Qualifikation inklusive Qualitätssicherung. Durch ein differenziertes Pflege- und Versorgungsangebot erweitert sich der Kreis möglicher Dienstleister in diesen Bereichen.

Dumpinglöhne und Schwarzarbeit im Pflegesektor muss der Gesetzgeber bekämpfen. Das persönliche Budget kann dazu beitragen, dass Leistungen der Pflegeversicherung nicht in Schwarzarbeit fließen. Weitere Anreize setzt das Progressiv-Modell, mit dem die Lohnnebenkosten im unteren Einkommensbereich gezielt gesenkt werden. Das ist neben dem Ausbau von Pflegeinfrastruktur und -dienstleistungen ein wichtiger Schritt zur Vermeidung illegaler Beschäftigung. Dumpinglöhne sollen durch regional differenzierte Mindestlöhne verhindert werden.

Der Pflegeberuf hat ein schlechtes Image und auch deshalb ein **Nachwuchsproblem**. Auch aktive Beschäftigte klagen über Unzufriedenheit. Deswegen müssen wir die **Attraktivität der Pflegeberufe** steigern und Karrierechancen eröffnen. Wichtig ist, Arbeitszeiten besser zu organisieren, Bürokratie abzubauen und die Ausbildung zu reformieren. Dazu gehört die Einführung einer **Ausbildungsumlage in allen Bundesländern**. Heute zahlen wenige Träger die Ausbildung, von der viele Pflegeanbieter profitieren. Außerdem müssen die Arbeitsfähigkeit und Motivation der Beschäftigten erhalten und verbessert werden. Pflegetätigkeiten müssen so organisiert werden, dass psychische und physische Überlastung vermieden werden und die Beschäftigten über das gesamte Arbeitsleben gesund bleiben und Spaß an der Ausübung ihres Berufs haben.

## Beschäftigungspotenziale durch Dienstleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Menschen

Der demographische Wandel wird den Arbeitsmarkt in Deutschland deutlich verändern. Durch die Alterung der Gesellschaft steigt der Bedarf an Dienstleistungen und es entstehen neue Beschäftigungsfelder. Dies geschieht insbesondere im Bereich der Pflege von älteren und der Unterstützung von hilfebedürftigen Menschen. Um die im demographischen Wandel schlummernden Wachstumspotenziale bei der Beschäftigung zu fördern, müssen die richtigen Weichenstellungen jetzt getroffen werden. Wir müssen vermeiden, dass eine Lücke zwischen Arbeitskräfteangebot und -nachfrage entsteht. Deswegen brauchen wir eine Reform des pflegerischen Versorgungssystems in Deutschland.

Angebote wie das – inzwischen zurückgezogene – von „McPflege“ zeigen, dass es einen Bedarf an bezahlbaren Pflegedienstleistungen gibt. Auch wenn „McPflege“ den Betrieb nicht aufgenommen hat: Eine solche Veränderung der Pflegelandschaft zu einem Markt mit Dumpinglöhnen und -preisen kann nicht die Zukunft sein. Pflege soll eine bezahlbare und qualitativ hochwertige Leistung sein, die qualifizierte Arbeitskräfte unter guten Arbeitsbedingungen erbringen.

Dienstleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Menschen sowie deren Angehörige richten sich an viele Zielgruppen und nicht nur an ältere Menschen: Allein lebende Menschen mit Unterstützungsbedarf, pflegebedürftige Menschen jeder Altersstufe zu Hause, in Heimen oder Krankenhäusern brauchen sie ebenso wie pflegende Angehörige, besonders im hohen Alter, sowie Menschen mit Nachsorgebedarf nach Entlassung aus dem Krankenhaus, insbesondere bei vorliegender Mehrfacherkrankung und/oder chronischer Erkrankung

Die zunehmende Altenbevölkerung, die Wandlung von Lebensentwürfen, Bedürfnissen und Bedarfslagen des Einzelnen, bei einer gleichzeitigen Abnahme des Unterstützungspotenzials durch nahe Bezugspersonen, führen zu einer Veränderung dieses Dienstleistungssektors in Deutschland. Aufgrund dieser Entwicklungen ist den Gesundheits- und Pflegedienstleistungen sowie den komplementäreren Dienstleistungen eine florierende Zukunft sicher.

## Beschäftigungspotentiale

Genauere Prognosen über Beschäftigungspotenziale und Nachfrageentwicklungen anzustellen ist schwer. Neben der demografischen Entwicklung hängt dies mit der weiteren Reform der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) zusammen, etwa in Bezug auf das Verhältnis der ambulanten und stationären Leistungen oder der Relation von Geld- und Sachleistungen im ambulanten Bereich. Entwicklungen im Kliniksektor und den angrenzenden Versorgungsbereichen sowie Reformen innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden Einfluss auf die Erwerbszahlen im Pflege- und Gesundheitssektor haben. Die Vielzahl externer und wenig abschätzbarer Veränderungsprozesse macht die heutige Datenlage häufig inkonsistent.

Alle Studien gehen von einer starken Zunahme des Bedarfs an Pflegefachkräften aus, in der Altenpflege wie auch in der Gesundheits- und Krankenpflege. So vermuten die Pflegeexperten Baldo Blinkert und Thomas Klie<sup>1</sup> eine Zunahme – im Rahmen der Sozialen Pflegeversicherung – unter den derzeitigen Rahmenbedingungen um ca. 100-160%. Reinhold Schnabel prognostiziert in einer neueren Studie einen Anstieg von heute ca. 545.000 Vollzeitstellen auf ca. 1 Million im Jahre 2030 und gar 1,4-1,8 Millionen bis 2050, d.h. eine Steigerung um 160-230%.<sup>2</sup> Schnabel geht dabei jedoch von der Gesamtzahl aller Beschäftigten aus, differenziert also nicht nach Berufsabschluss und Tätigkeit.

Die Abschaffung der Wehrpflicht, wie von Bündnis 90/Die Grünen gefordert, zieht eine **Abschaffung des Zivildienstes** nach sich. Um den Wegfall des Zivildienstes aufzufangen, brauchen wir zweierlei: eine Professionalisierung durch die Schaffung sozialversicherungspflichtiger Arbeitsplätze und mehr Freiwilligendienste. Deshalb streben wir einen Mix aus regulären Arbeitsplätzen und Einsatzmöglichkeiten für Freiwillige an. Da ca. 55% der Zivildienstleistenden im Pflegebereich tätig sind, müsste, um die von ihnen bisher geleisteten Tätigkeiten aufrecht zu erhalten, ein hohes Maß an Arbeitskraft kompensiert werden. Schätzungen besagen, dass zwei Beschäftigte drei

---

<sup>1</sup> Abschlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ (BT-Drs. 14/8800, 28.03.2002, S. 257f.)

<sup>2</sup> Prof. Dr. Reinhold Schnabel: „Zukunft der Pflege“, Studie im Auftrag der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft; Universität Duisburg-Essen und ZEW, 2. Mai 2007

Zivildienstleistende ersetzen. Flösse ein Teil der freiwerdenden Mittel in den Pflegebereich, könnten einige **zehntausend Stellen entstehen**.

Außerdem kann man eine Veränderung der Arbeitsbedingungen erkennen. Bei hohem und sogar steigendem Bedarf an Pflegekräften findet eine Verlagerung v.a. in den ambulanten Bereich und in die stationäre Altenhilfe statt.<sup>3</sup> Zudem ist die Teilzeitquote in der Pflege sehr hoch. Dies sind Anzeichen eines Wandels, der sich vermutlich in Zukunft fortsetzen wird.

Der (Arbeits-)Markt Pflege weist Charakteristika auf, die ihn von anderen unterscheiden und die nur bedingte Markttauglichkeit von Pflege verdeutlichen:

- die Trennung der Versorgung in ambulant, teilstationär, stationär, die verschiedene Anforderungen etwa an die Qualifikation und Kooperation verschiedener Professionen stellt und unterschiedlichen Vergütungshöhen in der Pflegeversicherung unterworfen ist;
- Pflegerische Dienstleistungen sind wegen der Abhängigkeit hilfebedürftiger Menschen von Dritten Dienstleistungen besonderer Art. Deshalb ist die Einhaltung ethischer Prinzipien im Sinne eines konsequenten Verbraucherschutzes erforderlich. Diese spezifische Charakteristik der Dienstleistung, erfordert einen kontrollierten Markt und Wettbewerb.
- die Vielfalt der Kostenträgerschaft: Soziale Pflegeversicherung (Teilkaskosystem), Sozialhilfe/Kommunen (staatliche Mindestsicherung), Gesetzliche Krankenversicherung, Selbstzahler (Individualprinzip);
- die Vielfalt der Leistungserbringer: Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, Freiwillige, Ehrenamtliche, private Pflegepersonen;
- die Vielfalt der bundes- und landesgesetzlichen Regelungen: starke Prägung der Versorgung durch die Soziale Pflegeversicherung, Sozialhilfe, Heimrecht, Vertragsrecht u.a., und auf der anderen Seite die nur bedingt „verregelbare“ familiäre Pflege;
- geringe Transparenz bei der Kosten- und Preisbildung, insbesondere im „Selbstzahler-Segment“, sowie bei der Sicherstellung und Überprüfung von Qualität durch die Nutzerinnen und Nutzer;
- ausgeprägter Schwarzmarkt/illegale Pflegeangebote

Sicher ist: Die Potentiale erschließen sich nicht von allein, ihre Nutzung für legale Beschäftigungsverhältnisse ist nicht zwangsläufig, sondern bedarf gezielter struktureller Weichenstellungen.

### **Zentrale Handlungsbereiche für mehr Beschäftigung im Pflegebereich**

- 1) Gegenwärtig mangelt es an Verbrauchersouveränität und einem stärkeren Bewusstsein für notwendige Eigenanteile der Pflegebedürftigen oder ihrer Angehörigen für Dienstleistungen, die nicht durch die Pflegeversicherung abgedeckt werden. Zu berücksichtigen sind in diesem Zusammenhang aber auch diejenigen, die nicht zahlungsfähig sind. Unzureichend sind bisher auch die Angebote im Bereich haushaltsnaher und komplementärer Dienstleistungen sowie Angebote zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf.
- 2) Im häuslichen Bereich müssen legale und ausreichend qualifizierte Pflegedienstleistungen Vorrang vor illegaler und nicht genügend qualifizierter Leistungserbringung haben.
- 3) Es gibt zu wenig Fachpersonal. Wir brauchen neue Ausbildungsstrukturen, eine effektive und faire Finanzierung sowie neue Kompetenzen in folgenden Bereichen: Umgang mit gerontopsychiatrischer Klientel (Kommunikation, Assessment und Erkennen individueller Bedürfnisse), Steuerung/ Koordination/ Case-Management, klinische Expertise und Diagnostik, Prävention und Gesundheitsförderung. Es muss mehr getan werden für den Erhalt der Arbeitsfähigkeit des Pflegepersonals.
- 4) Die begrenzten finanziellen Mittel aus der gesetzlichen Pflegeversicherung verhindern den Ausbau professioneller Dienstleistungen.

### **1) Stärkung der Souveränität und Kaufbereitschaft/ -fähigkeit der Verbraucher/innen und Kund(inn)en**

Gegenwärtig folgt das Angebot der Pflegeversicherung starren Regeln, bei denen die Betroffenen kaum etwas mitzureden haben. Gleichzeitig denken Angehörige und Pflegebedürftige in Kategorien, die ihnen die Pflegeversicherung vorgibt. Die Folge: Der Ansatz der Kundensouveränität findet im

---

<sup>3</sup> Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip): Pflege-Thermometer 2007. Köln, S. 11f., 28.

gegenwärtigen System keine Berücksichtigung und viele Dienstleistungen mit Beschäftigungspotential bleiben unerledigt.

Wir Grüne stellen die Betroffenen und ihre Angehörigen in das Zentrum unserer Vorschläge. Deswegen verbietet es sich, eine Palette von Dienstleistungen von oben zu verordnen und anzunehmen, dass die Zielgruppe sie benötigt. Dies muss vorwiegend der **Nachfrage und den individuellen Bedarfen der Betroffenen** überlassen bleiben. Hierbei allerdings sollten den Nutzern flächendeckende und qualifizierte Beratungsangebote und –möglichkeiten allgemeiner und individueller Art zur Verfügung stehen. Diese sollten zwingend unabhängig und neutral sein.

Die Nutzer/innen benötigen dafür

- eine regionale Infrastruktur, die Dienstleistungen für unterschiedliche Bedarfe und Bedürfnisse in ausreichender Zahl vorhält.
- eine unabhängige Verbraucherberatung im Pflegebereich. Sie soll über Qualitätskriterien, Angebote und Leistungen vor Ort, rechtliche Regelungen, Leistungsansprüche usw. informieren.
- bei der Organisation und bei der Zusammenstellung individueller Hilfe- und Unterstützungspakete unabhängige Aufklärung, Beratung und Begleitung, z.B. über Pflegesprechstunden und präventive Hausbesuche oder Case-Management (Fallmanagement).
- inhaltlich und zeitlich flexible, bezahlbare und jederzeit abrufbare Leistungen, die am individuellen Alltagsleben orientiert sind.
- Leistungen und Finanzierung aus einer Hand.
- die Möglichkeit, die Gelder aus der Pflegeversicherung flexibel verwenden zu können
- Regelungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf
- Entlastungsangebote **für pflegende Bezugspersonen**.

Die Steuerung der Versorgungsprozesse durch ein **Case Management** kann Transparenz bezüglich des Pflegebedarfs schaffen. Case Management ist nicht nur als Unterstützung im ambulanten Bereich sinnvoll und notwendig, sondern auch an den Schnittstellen der Gesundheitsversorgung, so beispielsweise bei der Überleitung vom Krankenhaus zurück nach Hause. Deswegen ist ein lokales und unabhängiges Beratungsangebot erforderlich. Keinesfalls darf diese Beratung bei den Kassen oder Kommunen mit ihren eigenen Interessen angesiedelt sein. Nach dem Vorbild der **Verbraucherzentralen** ist für eine möglichst große Unabhängigkeit der Beratungseinrichtungen zu sorgen. Zu diskutieren ist, wer die Beratung anbieten und wie die Finanzierung aussehen könnte.

Um das Nachfrageverhalten zu steigern, ist als souveränes Steuerungsinstrument das **Persönliche Budget** geeignet. Von der gesetzlichen Verankerung eines Pflegebudgets sind erhebliche Impulse zur Fortentwicklung der Dienstleistungsangebote zu erwarten. Zu untersuchen ist, welchen Finanzierungsbedarf für ein Pflegebudget nötig ist und welche Einsparungen realisierbar sind. Keinesfalls darf das Pflegebudget als Kostendämpfungsmaßnahme und zur Privatisierung von Pflegerisiken instrumentalisiert werden.

Erst wenn die Nutzer definieren (können), welche Leistungen sie brauchen und wie viel sie dafür zu bezahlen bereit sind, wird sich der **Markt** diesem **Nachfrageverhalten anpassen**. Durch solch nachfrageinduzierte Dienstleistungsangebote könnten Defizite bei der Bewältigung des Alltagslebens kompensiert und ein langer Verbleib in den eigenen vier Wänden möglich sein.

Die Liegedauer in den Kliniken hat durch die Einführung der so genannten diagnoseorientierten Fallpauschale abgenommen, der Nachsorgebedarf im ambulanten Bereich ist dadurch gewachsen. Deshalb ist zu erwarten, dass die Nachfrage nach pflegerischen und komplementären Dienstleistungen (Pflegehotels, Einkaufsdiensten usw.) steigt, die aus Eigenmitteln zu finanzieren sind. Ein verändertes Nachfrageverhalten schafft auch hier Beschäftigungspotenziale im Dienstleistungsbereich.

Nicht alle Menschen werden sich in Zukunft zusätzliche Pflegedienstleistungen einkaufen können. Um soziale Ungleichheit und Benachteiligung nicht zu verstärken, sollte der Staat für diese Personen **öffentliche und öffentlich geförderte Angebote** bereitstellen.

Maßnahmen zur **Vereinbarkeit von Pflege und Beruf** sind Entlastungsangebote für pflegende Angehörige. Eine gesetzlich festgeschriebene, dreimonatige **Pflegezeit** mit Kündigungsschutz und Rückkehrrecht, soll den Angehörigen dazu dienen, die häusliche Pflege zu organisieren. Damit eine Pflegezeit nicht nur für Besserverdienende in Frage kommt, muss sie finanziell abgesichert werden. So sollte für die Dauer der dreimonatigen Pflegezeit eine Lohnersatzleistung von bis zu 1000 Euro pro Monat ausgezahlt werden. Diese Lohnersatzleistung sollte aus Steuermitteln finanziert werden. Eine so ausgestaltete Pflegezeit **erhält die bestehenden Arbeitsplätze** der Angehörigen und sichert ihr

Haushaltseinkommen. Mit der Hilfe und/oder der Pflege, die sie sonst selbst übernommen hätten, wird externes Personal beauftragt und evtl. komplementäre Dienstleistungen hinzugekauft. So steigt die Nachfrage nach Hilfe- und Pflegeleistungen und neue Arbeitsplätze entstehen.

## 2) Einfachere Dienstleistungen als legalen Markt entwickeln

Seit ihrer Einführung ist für viele Menschen Pflege das, was die **Pflegeversicherung** bezahlt. Es besteht die **irrtümliche Vorstellung einer Vollkaskoversicherung**. Die Pflegeversicherung blendet aber einen großen Bereich aus, in dem der Übergang zwischen haushaltsnahen Dienstleistungen und hochprofessionellen Pflegeleistungen fließend ist. Die Vorstellung von der umfassenden Versorgung durch die Leistungen der Pflegeversicherungen hat zur Folge, dass ein Teil der Bevölkerung unzureichend für den Fall der Pflegebedürftigkeit abgesichert ist. Viele sind zudem deswegen auch nicht bereit oder in der Lage, ergänzende Leistungen aus Eigenmitteln zuzukaufen.

Die stärkere **Arbeitsteilung** zwischen qualifiziertem Pflegepersonal und geringer qualifizierten Dienstleistern würde zu einer Auslagerung von Aufgaben führen, die Pflegekräfte bisher allein übernehmen. Tätigkeiten mit geringeren fachlichen Anforderungen bieten Beschäftigungschancen für Menschen, die eher über soziale als über umfassende pflegfachliche Kompetenzen verfügen. Zuverlässigkeit, Empathie und kommunikative Fähigkeiten sind hier gefragt. Allerdings bestehen diese Kompetenzen nicht immer von vornherein, sondern müssen im Bedarfsfall erst durch Qualifizierung ausgebildet werden. Hier ist der Übergang zu gewöhnlichen, vom Pflegebedarf unabhängigen haushaltsnahen Dienstleistungen fließend. Der Bereich der Pflege darf sich nicht allein an klassisch-pflegerischen Berufsfeldern orientieren. Hier liegen große **Beschäftigungschancen**: Vom Ergotherapeuten über den Reisebegleiter bis hin zum Gärtner reicht das Spektrum.

Ein drängendes Problem im Pflegebereich ist der hohe Anteil illegaler Beschäftigungsverhältnisse insbesondere bei der häuslichen Betreuung von Pflegebedürftigen. Neben der Erschließung neuer Tätigkeiten besteht darum die große Herausforderung in der Legalisierung dieser Beschäftigungsverhältnisse. Wir wollen damit einerseits erreichen, dass bisher schwarz arbeitende Arbeitnehmer/innen fair bezahlt werden und sozial abgesichert sind, andererseits sollen die Sozial- und Steuerkassen in Zukunft die bislang durch Schwarzarbeit entgangenen Beiträge erhalten. Gleichzeitig müssen die Reformen aber auch verhindern, dass durch die Legalisierung Pflege, Betreuung und andere Dienstleistungen zu einem unbezahlbaren Luxus werden, den sich nur Wenige leisten können. Hierzu brauchen wir neben Mindestlöhnen und flexiblen und ausdifferenzierten Pflegeinfrastrukturen und –leistungen vor allem das persönliche Pflegebudget sowie eine verringerte Abgabenlast auf kleine Einkommen in Form des grünen Progressiv-Modells.

### Persönliches Pflegebudget

Einen Beitrag zur Bekämpfung illegaler Pflege kann das Persönliche Pflegebudget leisten. Um den Pflegemarkt weiter zu beleben und zu flexibilisieren, sollte das derzeit in der Erprobung befindliche Budget in die Regelversorgung überführt werden. Dies wäre ein bedeutsamer Schritt zur Erhöhung der **Nutzersouveränität und Gestaltungsmacht** von Pflegebedürftigen. Mit einem solchen Budget können pflegebedürftige Menschen Leistungen jenseits der starren Vorgaben des Pflegeversicherungsgesetzes selbst auswählen und „einkaufen“. Hierdurch können sie verstärkt Einfluss auf die Leistungsangebote am Pflegemarkt nehmen. Dadurch wiederum wird der Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern im Sinne der Verbraucher/innen gefördert. Das persönliche Budget hat das Potenzial, individuell passgenauere und finanziell flexiblere Möglichkeiten der Ausgestaltung häuslicher Pflegearrangements zu schaffen. Um für die Budgetnehmer(inne)n dabei das nötige Maß an Unterstützung zu gewährleisten, sollten ihnen unabhängige Fall-Manager (Case-Manager) zur Seite gestellt werden. Wir fordern, das persönliche Budget als weitere Wahlmöglichkeit neben den heute schon bestehenden Geld-, Sach- und Kombinationsleistungen anzubieten und in Höhe der Sachleistungsbeträge auszuzahlen. Für hilfe- und pflegebedürftige Menschen, die Leistungen verschiedener Leistungsträger beziehen, muss außerdem im Sinne der **„Leistung aus einer Hand“** ein trägerübergreifendes persönliches Budget geschaffen werden. Darin sollten Pflegeleistungen nicht wie bisher in Form von Gutscheinen ausgegeben, sondern als voll budgetfähige Leistung ausgezahlt werden.

## Progressiv-Modell

Zusätzliche Anreize für mehr legale Beschäftigung setzt außerdem das Progressiv-Modell, mit dem die Lohnnebenkosten im unteren Einkommensbereich gezielt und spürbar gesenkt werden. Mit dem Progressiv-Modell wird das Prinzip des progressiven Steuersatzes auf die Sozialabgaben übertragen. Auch hier soll künftig gelten: je geringer das Einkommen, desto geringer der Beitragssatz. Dies ist nicht nur für die Arbeitnehmer/innen mit kleinen Einkommen attraktiv, die dadurch netto mehr in der Tasche haben. Auch für Arbeitgeber/innen wird die Schaffung von Jobs in diesem Bereich erleichtert, wenn die Abgaben sinken. Im Dienstleistungssektor oder in personalintensiven Branchen – also auch im Bereich Pflege - können durch das Progressiv-Modell also neue Arbeitsplätze entstehen.

### 3) Ausreichendes Fachpersonal sichern

Das Berufsbild Pflege leidet in Deutschland unter einem massiven Image- und deshalb unter einem Nachwuchsproblem. Der künftige Bedarf wird daher nicht automatisch zu einem „Run“ auf die Pflegeberufe führen, wenn sich ihre Rahmenbedingungen nicht ändern und die gesellschaftliche wie berufspolitische Anerkennung nicht steigt.

Vor diesem Hintergrund ergeben sich drei Handlungsfelder:

#### a) Attraktivität der Pflegeberufe steigern

Pflegearbeit wird vielfach mit unbezahlter (Frauen-)Arbeit und mit schwerer körperlicher und psychischer Belastung in Verbindung gebracht. Zudem wird das Berufsbild mit schlechter Bezahlung sowie unattraktiven Arbeitszeiten und -bedingungen assoziiert. Außerdem wird die Pflege noch immer als **Assistenzberuf der Medizin** wahrgenommen obwohl sie sich inzwischen zu einer eigenständigen Profession entwickelt hat. In Zukunft wird der Bedarf an Pflegepersonal aller Qualifikationsstufen steigen. Mit dem heute weit verbreiteten Image des Pflegeberufes wird sich das nötige Personal aber kaum finden lassen.

Um den steigenden Bedarf decken zu können und die hohe Fluktuation qualifizierter Arbeitskräfte zu bremsen, muss die Attraktivität der Pflegeberufe verbessert werden. Verbesserte Arbeitsbedingungen, z.B. durch die Reduzierung überbordender Bürokratie. Dazu gehört aber auch eine faire Bezahlung. Ein allgemeinverbindlicher Mindestlohn für die Pflegebranche und weitere Dienstleistungen soll den aktuellen Unterbietungswettbewerb und Lohndumping zukünftig verhindern. Auch eine Umorganisation der **Arbeitszeiten** und weitere Maßnahmen für die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf können für mehr Arbeitszufriedenheit sorgen. Diese Maßnahmen allein reichen aber nicht aus, um neues Personal für den Beruf zu gewinnen.

Um den Pflegeberuf für potenzielle Bewerber/innen attraktiver zu machen, muss er seinen Anspruch einer allumfassenden Zuständigkeit aufgeben und u.a. Spezialisierungen anbieten, die Karrierechancen eröffnen, z.B. durch eine klinische Spezialisierung in der Hochschulausbildung, durch den Zuwachs an Autonomie und Kompetenzen, durch eine optimierte Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen u.a. Die professionellen Elemente und die hohe Verantwortlichkeit des pflegerischen Handelns brauchen eine größere Bedeutung. So kann eine Abkopplung von der Pflege als Assistenz der Medizin befördert und mehr berufliche Freiheit und Potenzialentfaltung erreicht werden. Die Attraktivität und das Prestige des Pflegeberufes wird auch davon abhängen, ob es gelingt, der Berufsgruppe mehr Gestaltungsmacht und Mitbestimmung sowie besseren Aufstiegs- und Entwicklungschancen zu bieten. Das heutige **Ausbildungssystem in der Pflege muss durchlässiger** werden.

#### b) Anpassung der Bildungs- und Ausbildungssysteme an den wachsenden Pflegebedarf

Durch den **demographischen Wandel** werden chronische und degenerative Erkrankungen und damit die Pflegebedürftigkeit zunehmen. Auch die **Lebensformen** vieler Menschen verändern sich. Beispielsweise führt die Zunahme von Ein-Personen-Haushalten zu einer Verringerung des informellen Unterstützungspotenzials. Die sich ebenfalls abzeichnende Veränderung von **Versorgungsstrukturen** bewirkt eine **Umgestaltung des Anforderungsprofils** an die Gesundheitsberufe. Diese Wandlungsprozesse haben großen Einfluss auf die Handlungsfelder von Pflegekräften und auf die pflegerischen **Ausbildungssysteme**.

Wenngleich Konsens darüber herrscht, dass der Bedarf an Pflegekräften zunimmt, sind von 1995 bis 2005 die Ausbildungszahlen um knapp 20% von 88.800 auf 72.300 gesunken.<sup>4</sup>

In der Altenpflege stieg die Zahl von Ausbildungsabsolventen von 2004 zu 2005 zwar wieder kräftig von 3.099 auf 3.508 (+13%). Es gibt jedoch Anzeichen dafür, dass sie seit 2006 in einigen Ländern stark sinkt. Nachdem die Träger der praktischen Ausbildung seit 2006 verpflichtet sind, ein Drittel der Kosten für Umschulungsmaßnahmen in der Altenpflege zu finanzieren (zwei Drittel durch die Bundesagentur für Arbeit), ist in einigen Ländern der **Fortbestand der Altenpflegeausbildung stark gefährdet**. Hier müssen die Länder tätig werden und tragfähige Lösungen entwickeln.<sup>5</sup>

## Umlage schafft faire Bedingungen und verbessert Ausbildungsqualität

Gegenwärtig kreist die Diskussion um die **Pflegeausbildung** vielfach um deren **Finanzierung**. Problematisch ist sowohl in der Kranken- wie auch in der Altenpflegeausbildung die Fokussierung auf die stationären Einrichtungen als Träger und Finanziers der Ausbildung. Immer mehr **stationäre Einrichtungen ziehen sich aus der Ausbildung zurück**, da sie nicht bereit sind, die auch ambulant stattfindende Ausbildung mehr oder weniger allein zu finanzieren, zumal sie die ausgebildeten Fachkräfte später häufig an den ambulanten Bereich oder andere nicht-ausbildende stationäre Einrichtungen „verlieren“. Gerade wegen unserer Forderung nach „ambulant vor stationär“, müssen hier gerechtere Finanzierungsmodelle entwickelt und implementiert werden, um die Zukunftsfähigkeit der Pflegeausbildung zu gewährleisten.

Eine gerechte Lastenverteilung – das ist unser Ziel. Um dieses zu erreichen, brauchen wir eine **Ausbildungsumlage** in der Kranken- und Altenpflege. An ihr wären alle (stationären und ambulanten) Leistungserbringer beteiligt, da sie alle auf Fachkräfte angewiesen sind. Die Ausbildungsfinanzierung wäre somit wettbewerbsneutral verteilt. Gegenwärtig ist die Umlage nur in einigen Bundesländern Praxis. Wir fordern, dass sie überall umgesetzt wird.

## Höhere Durchlässigkeit im Ausbildungssystem

Der Professionalisierungs- und Akademisierungsschub Mitte der 1990-Jahre hat die berufliche Qualifikation in der Pflege zwar dynamisiert. Insgesamt ist das Ausbildungssystem aber zu starr. Um auf allen Ebenen der Pflege ausreichend Personal vorhalten zu können, brauchen wir ein **durchlässiges Ausbildungssystem** mit einer **breiteren Ausbildungsbasis** als bisher. Speziell wegen der wachsenden Vermischung der Bedarfslagen in unterschiedlichen Versorgungsbereichen sind Änderungen unerlässlich. Die **Aufgabenbereiche in der Pflege** haben sich beispielsweise durch die Geriatriisierung im Kliniksektor und dem gleichzeitigen Anstieg von behandlungspflegerischen und medizinischen Aufgaben im Altenpflegesektor **enorm verändert**. Mit der seit Jahren in Modellprojekten erprobten **integrierten** bzw. generalistischen **Ausbildung** soll diese breitere Ausbildungsbasis geschaffen werden. Dabei durchlaufen alle Pflegekräfte die gleiche Grundausbildung. Die Spezialisierung geschieht später durch Fort- und Weiterbildungen bzw. an Fachhochschulen oder Universitäten.

Damit dieser **sinnvolle Ansatz** funktioniert, ist eine höhere Durchlässigkeit im Ausbildungssystem erforderlich. Die bisherigen Ausbildungswege enden zwar mit einem Abschluss, für die berufliche Entwicklung ist das aber oft eine Sackgasse. Denn es gibt **keine Zugangsmöglichkeit** zur nächsten Stufe oder die Chance, einen allgemeinbildenden Abschluss zu erwerben, der zum Zugang zur tertiären Bildung führt. Ein durchlässiges, gestuftes Ausbildungssystem erhöht durch verbesserte Weiterbildungsmöglichkeiten die **Aufstiegs- und Karrierechancen** und macht **Pflegeberufe dadurch attraktiver**. Um die Ziele in der pflegerischen Ausbildung zu erreichen, müssen die Modellprojekte zur integrierten bzw. generalistischen Ausbildung endlich in ein gesetzlich abgesichertes Pflegeausbildungssystem überführt werden.

## Neue Aufgaben im Pflegebereich

Die Pflege ist nur unzureichend auf **künftige Herausforderungen** vorbereitet. Deshalb ist es notwendig, die heutigen Tätigkeitsfelder kritisch zu überprüfen und sie an die Bedarfe anzupassen.

---

<sup>4</sup> Pflege-Thermometer, S. 11

<sup>5</sup> [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/344061183/14455264](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/344061183/14455264)

Daraus ergeben sich einerseits neue Tätigkeitsfelder für beruflich Pflegende. Andererseits müssen innerhalb der professionellen Pflege Tätigkeitsfelder auf- und abgegeben werden.

Die künftigen Aufgaben liegen u.a. in folgenden Bereichen:

- Versorgung chronisch Kranker und Pflegebedürftiger,
- Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit gerontopsychiatrischen Veränderungsprozessen (z.B. Demenz, Depression)
- Versorgung besonders von Krankheit, Pflegebedürftigkeit und sozialer Benachteiligung bedrohter Personengruppen. Dabei muss die Pflege auf die besonderen Lebensumstände eingehen (z.B. familienorientierte- und gemeindenaher Pflege, public health nurse)
- Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen (Palliativ-Pflege)
- Schnittstellenmanagement von Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und Heilung
- Arbeit in berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Bereichen
- Steuerung von Versorgungsprozessen (z.B. Case-Management)
- Koordinierungs- und Beratungsaufgaben, Pflegesprechstunde
- Aufklärung, Schulung und Begleitung, präventiver Hausbesuch
- evtl. Übernahme von bisher ärztlich vorbehaltenen Aufgaben (für die Pflegekräfte durch Aus- oder Weiterbildung qualifiziert sind)
- hochtechnisierte ambulante Pflege
- Pflegeforschung, evidenzbasierte Pflege

### c) Stärkere Arbeitsteilung – neue Beschäftigungsmöglichkeiten

Weil bei der pflegerischen Versorgung viele Berufsfelder zusammen kommen, wächst die Notwendigkeit der multiprofessionellen Zusammenarbeit und einer sektorübergreifenden Vernetzung. So können sich wichtige Synergieeffekte ergeben und neue Angebote entstehen. Bundesgesetzliche Regelungen müssen Berufsbilder und Kompetenzbereiche voneinander abgrenzen, um Überschneidungen und Konkurrenzstreitigkeiten zu vermeiden. Diese Abgrenzung ist bedeutsam für die Heilberufe (wie zwischen Pflege und Medizin) aber auch für die Abgrenzung zwischen den Heilberufen, den komplementären Dienstleistungen und anderen Tätigkeiten, wie dem ehrenamtlichen Engagement.

Nur so kann die **Übertragung von Pflege-Aufgaben an andere Berufsgruppen** gelingen. Dabei werden nicht alle Dienstleister eine umfassende Pflegefachausbildung benötigen.

Mögliche komplementäre und niedrigschwellige Tätigkeiten:

- Haushaltnahe Dienstleistungen (z.B. Wäsche waschen, Kochen, Reinigung)
- Einkaufsdienste (z.B. Apothekengänge)
- psychosoziale Begleitdienste bzw. Alltagsbegleitung (z.B. Arztbesuche, Kultur)
- eingeschränkt in der psychosozialen Betreuung (z.B. Vorlesen), sofern spezielle Betreuungskonzepte nicht Expertenwissen erfordern.
- eingeschränkt bei speziellen Betreuungsarten (z.B. bei Menschen mit Demenz); auch hier ist jedoch teilweise Expertenwissen unerlässlich.

Diese Aufgaben erledigen teilweise professionelle Pflegekräfte im Sinne einer „All-Inclusive-Versorgung“. Dieser Anspruch ist nicht grundsätzlich abzulehnen. Er erscheint im Sinne einer ganzheitlichen Pflege und hinsichtlich der Vermeidung einer Segmentierung von Unterstützungsleistungen sogar sinnvoll. So ist er einigen modernen Pflegesystemen bzw. -konzepten wie dem Primary Nursing (Bezugspflege) immanent, das auf eine enge, zugleich aber professionelle Beziehung zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigen setzt. Dieser allumfassende pflegerische Ansatz sollte jedoch von anderen pflegerischen Konzepten und Ansätzen abgegrenzt werden, bei denen eine Neuausrichtung oder Spezialisierung im Vordergrund steht.

Sicher lässt sich **Pflege**, die auch **Beziehungsarbeit** ist, nicht wie jede andere Dienstleistung funktional in beliebig viele Arbeitsschritte aufteilen. Fest steht jedoch, dass sich die berufliche Pflege auf der Grundlage der gegenwärtig und zukünftig entstehenden Hilfe- und Unterstützungsbedarfe der Bevölkerung entwickeln muss. Deshalb muss sie möglicherweise – auch um Überforderung zu vermeiden- angestammte und traditionell zugeordnete Sorge-Aufgaben auf- bzw. abgeben. Aus dieser Notwendigkeit heraus ergibt sich, dass ehemals originäre Pflegeaufgaben in bestimmten Teilbereichen an andere, möglicherweise geringer oder anders qualifizierte Kräfte delegiert werden können/ müssen.

**Komplementäre und niedrigschwellige Dienstleistungen** gehören auch zum Bereich der Pflege. Für sie bedarf es einer fachlichen, organisatorischen sowie kommunikativen und sozialen Qualifikation inklusive Qualitätssicherung. Der Unterschied zur herkömmlichen Pflegeausbildung besteht in der kürzeren Dauer der Ausbildung und darin, dass die Helfer nur in kleineren Teilsegmenten der Pflege oder in den angrenzenden Dienstleistungsbereichen qualifiziert sind. Diese sich vielerorts entwickelnden Angebote, können präventives Potenzial entfalten und dazu beitragen, verlorene Fähigkeiten der Pflegebedürftigen zu kompensieren, Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern und den Verbleib in den eigenen vier Wänden länger zu ermöglichen. Hier entstehen einerseits neue Angebotsformen für Nutzer, die bisher keine oder nur unzureichend geeigneten Angebote am Markt finden konnten und andererseits **Beschäftigungspotenziale für einen neuen Personenkreis**.

### **Erhalt der Arbeitsfähigkeit durch gesundheitsfördernde Arbeitswelten**

Ob wir zukünftig ausreichend Pflegepersonal gewinnen oder im Beruf halten können, wird in besonderer Weise auch davon abhängen ob es gelingt, den im Beruf Tätigen und auch potenziellen Bewerber(inne)n Arbeitsbedingungen zu ermöglichen, die die Gesundheit erhalten und fördern. Pflege ist ein gewinnbringender, verantwortungsvoller und anspruchsvoller Beruf. Gleichzeitig ist er jedoch auch mit überdurchschnittlich hohen körperlichen und psychischen Belastungen verbunden.

Damit die Arbeitsfähigkeit des Pflegepersonals erhalten wird, bedarf es Anstrengungen zur Entwicklung und Etablierung von Assessments, die den Personalbedarf am Bedarf der Pflegebedürftigen orientiert. Andererseits müssen die Einrichtungen und Dienste mehr Verantwortung für den Erhalt der Gesundheit ihrer Beschäftigten übernehmen. Dabei sollte es um die Vermeidung und Verminderung krankheitsauslösender Faktoren und um den Aufbau und die Förderung von Ressourcen gehen. Hier sollten die Erkenntnisse im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung dringend mehr Berücksichtigung finden. Es müssen Arbeitsstrukturen geschaffen werden, die Arbeitszufriedenheit ermöglichen.

### **4) Ausreichende Mittel in der Sozialen Pflegeversicherung bereitstellen**

Die Entwicklung des Beschäftigungsfelds Pflege kann nicht gelingen, wenn der steigende Bedarf an Pflegeleistungen nicht durch ausreichende finanzielle Mittel zur Nachfrage werden kann. Unsere Vorschläge zur Zukunft der Pflegeversicherung schaffen einen Ausgleich zwischen einer möglichst **geringen Beitragsbelastung** und einer **ausreichenden Versorgung** mit Pflegeleistungen, die eine **Entwicklung des Arbeitsmarktes** erlaubt.

Die Beitragsgelder der Pflegeversicherung fließen größtenteils in Lohnzahlungen für Pflegekräfte und damit in Beschäftigung. Dass Beitragssteigerungen grundsätzlich beschäftigungsfeindlich sind, gilt deshalb für die Pflegeversicherung nicht. Deshalb ist für uns eine **Beitragssatzsteigerung** kein Tabu. Nachdem der Pflegemarkt dynamisch ist, müssen die Leistungssätze jährlich dem Bedarf angepasst werden.

Für uns Grüne gilt: **Geld folgt Inhalten**. Eine Pflegereform verdient ihren Namen erst dann, wenn sie die notwendigen strukturellen sowie die finanziellen Weichenstellungen vornimmt. Zum Beispiel die Reform des Pflegebegriffs oder die Verankerung von Case-Management-Strukturen werden mehr Finanzmittel erfordern. Diese Investition ist jedoch dringend notwendig und wird sich qualitativ lohnen.

Die **Pflegeversicherung** wird jedoch ein **Teilabsicherungssystem** bleiben, aus dem nicht alle notwendigen Pflegeleistungen finanziert werden können. Auch lehnen wir die Ergänzung der Pflegeversicherung um eine kapitalgedeckte Zusatzversicherung oder gar den kompletten Umstieg auf Kapitaldeckung ab. Solche Formen einer kleinen oder eben großen „Kopfpauschale“ belasten Geringverdiener stärker als Gutverdiener und gehen mit jahrzehntelangen Doppelbelastungen für die Versicherten einher.

Wir wollen nicht weniger, sondern mehr Solidarität. Wir Grünen plädieren deswegen für eine Pflege-Bürgerversicherung, bei der alle Bürgerinnen und Bürger gemäß ihrer Leistungsfähigkeit in die Pflegeversicherung einzahlen und in der alle Einkommensarten zur Beitragsbemessung herangezogen werden.

### **Anhang: Beschäftigte im Pflegesektor**

Derzeit sind die Krankenhäuser der größte Arbeitgeber für Pflegekräfte. In ambulanten Pflegediensten arbeiten lediglich 19% des Personals ausschließlich für Leistungen im Rahmen des SGB XI. Rund 80% sind demnach teilweise auch für andere Bereiche zuständig, die u.a. über die Gesetzliche Krankenversicherung refinanziert werden (z.B. häusliche Krankenpflege). In Pflegeheimen macht dieser „Fremdanteil“ noch rund 30% aus. Die Integration von stationärem und ambulantem Sektor ist daher von erheblicher Bedeutung auch für die Pflegeberufe, etwa in Folge der Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf diagnosebezogene Fallpauschalen (DRGs).<sup>6</sup>

Im Jahr 2005 waren insgesamt ca. 1,2 Millionen Personen in der Pflege tätig, der überwiegende Teil in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege/ Entbindungspflege (717.000 Personen). Ca. 400.000 Personen waren im klinischen Pflegedienst tätig, rd. 350.000 in ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen. Weitere sind bspw. tätig in Reha- oder Vorsorgeeinrichtungen, klinischen Funktionsdiensten (OPs etc.), Rettungsdiensten, in Ausbildungsstätten bzw. befinden sich noch in Ausbildung<sup>7</sup> (siehe Tabelle 1 am Ende des Textes).

In ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen stellen ausgebildete Pflegekräfte (inkl. Helferberufe) „nur“ etwa die Hälfte des Personals (Pflegedienste: rd. 65%; Pflegeheime: rd. 45%). In Pflegeheimen kommen jedoch mehr Auszubildende und weitere Berufsgruppen, wie die Heilerziehungspflege/-pädagogik, Familienpflege, Ergotherapie, hauswirtschaftliche Berufe, Reinigungskräfte, Verwaltungspersonal u.a. zum Einsatz. Zwar überwiegen die „klassischen“ Pflegeberufe deutlich, dennoch zeigt sich, dass **Beschäftigungspotenziale** auch in anderen Berufen liegen.

Im Pflegedienst in Krankenhäusern geht die Zahl der Beschäftigten seit Jahren kontinuierlich zurück. Gab es hier 1995 noch ca. 350.000 Vollzeitäquivalente, so waren es 2005 nur noch 302.000 (-13,5%). Insgesamt ist die Zahl der Beschäftigten jedoch recht stabil geblieben. Die Quote arbeitsloser Krankenpflegekräfte liegt beständig zwischen 2-3%. Die Zahl von Altenpflegekräften steigt beständig an.

---

<sup>6</sup> Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2005, Wiesbaden 2007, S. 16ff., 24ff.; Statistisches Jahrbuch 2006, Wiesbaden 2006, S. 208, 244, 250f.

<sup>7</sup> vgl. ebd.

**Tabelle 1: Beschäftigte in Pflegeberufen nach Berufsabschluss, Beschäftigungsverhältnis, Einrichtung**

<b>Beschäftigte</b>	<b>1995</b>	<b>1997</b>	<b>1999</b>	<b>2001</b>	<b>2003</b>	<b>2005</b>
Gesundheitswesen gesamt		4.107.000	4.103.000	4.137.000	4.230.000	4.264.000
Vollzeitäquivalente		3.346.000	3.305.000	3.302.000	3.363.000	3.303.000
Ärzt/innen		283.000	291.000	298.000	304.000	308.000
Vollzeitäquivalente		257.000	264.000	269.000	274.000	278.000
Pflegeberufe insgesamt	1.091.000	1.095.000	1.125.000	1.186.000	1.225.000	1.247.000
Vollzeitäquivalente		856.000	878.000	913.000	937.000	927.000
<b>Darunter</b>						
Gesundheits- und Krankenpflege/ Hebammen		694.000	694.000	702.000	713.000	717.000
Vollzeitäquivalente		531.000	527.000	533.000	537.000	524.000
Helfer/innen in der Krankenpflege		202.000	203.000	222.000	224.000	220.000
Vollzeitäquivalente		152.000	152.000	168.000	172.000	164.000
Altenpflege		199.000	228.000	262.000	288.000	310.000
Vollzeitäquivalente		173.000	199.000	212.000	228.000	239.000
<b>Krankenhäuser, Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen</b>						
Krankenhäuser		1.133.000	1.114.000	1.109.000	1.105.000	1.071.000
Vorsorge/Reha		145.000	149.000	164.000	162.000	156.000
<b>Darunter</b>						
Ärzt/innen	111.752	114.320	118.440	122.705	127.341	140.014
Vollzeitäquivalente in:						
Krankenhäusern	101.590	105.618	107.900	110.152	114.105	121.610
Vorsorge/Reha-Einrichtungen	8.284	7.693	7.943	8.441	8.229	8.073
Pflegekräfte	450.185	441.647	439.476	442.365	433.713	418.816
Vollzeitäquivalente in:						
Krankenhäusern	350.571	341.138	334.890	331.472	320.158	302.346
Vorsorge/Reha-Einrichtungen	18.004	18.402	20.061	21.773	21.448	20.889
<b>Ambulante Pflegedienste</b>						
Gesamt		172.000	183.782	189.567	200.897	214.307
Vollzeitäquivalente		116.000	123.000	127.000	134.514	140.267
Pflegekräfte			102.096	104.192	114.844	127.926
Vollzeitäquivalente					81.349	88.625
<b>Pflegeheime</b>						

Gesamt		382.000	440.940	475.368	510.857	546.397
Vollzeitäquivalente		291.000	336.000	362.000	388.749	405.394
Pflegekräfte			167.668	184.206	202.799	222.425
Vollzeitäquivalente					169.026	181.521
<b>Absolventen von pflegerischen Ausbildungsberufen</b>						
Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger/innen	19.078	18.965	20.061	17.956	16.391	16.388
Helfer/innen in der Krankenpflege	3.060	1.961	1.535	1.376	1.575	1.099
Altenpflege	3.242	2.039	3.736	3.118	3.099	3.508
Altenpflegehelfer/innen						1.036

Quellen: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden: Pflegestatistik 2005, 2003, 2001; Statistisches Jahrbuch 2006; Gesundheitsberichterstattung des Bundes ([www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de))