



Länderdossier

**Wandlungsprozesse,
Herausforderungen und
Politikansätze im Altenpflegesystem
in Deutschland – aus einer
Gerechtigkeitsperspektive**

**Hildegard Theobald
Universität Vechta**

August 2023

Hervorgegangen aus dem deutsch-chinesischen Projekt „Sorgearbeit und Geschlechtergerechtigkeit. Altenpflege in China und Deutschland“ zwischen der Friedrich-Ebert-Stiftung Shanghai und dem Ginling Women’s College der Nanjing Normal University (NNU)

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung: Herausforderungen in der Pflege in Deutschland	2
2. Zur Situation der Pflegekräfte	6
2.1 Veränderungsansätze in der Pflegeausbildung.....	6
2.2 Arbeits-, und Beschäftigungsbedingungen	7
3. Versorgungsstrukturen im Welfare Mix.....	9
3.1 Zusammenspiel familiärer und professioneller Versorgung.....	9
3.2 Entwicklung professioneller Infrastruktur	12
3.3 Die kommunale Ebene	14
4. Herausforderungen und Veränderungsansätze aus einer Perspektive der Gerechtigkeit	15
Literatur.....	17

1. Einführung: Herausforderungen in der Pflege in Deutschland¹

Demografische und soziale Wandlungsprozesse haben die Versorgung Älterer in Deutschland seit den 1990er Jahren vor Herausforderungen gestellt. Als Reaktion darauf wurde 1995 die universelle Pflegeversicherung eingeführt, welche die verfügbaren Sozialleistungen in einer Pflegesituation definiert, und die Unterstützung familiärer Versorgung sowie die Etablierung der professionellen Infrastruktur grundlegend beeinflusst hat.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen werden in diesem Länderdossier die Herausforderungen in der Pflege analysiert und Lösungsansätze diskutiert. Gefragt wird nach Voraussetzungen für eine nachhaltige Entwicklung der Versorgung, die den steigenden quantitativen und qualitativen Anforderungen entspricht und diese mit einer angemessenen Situation für professionell und informell Pflegenden verknüpft.

Zentral für die Analyse ist eine Gerechtigkeitsperspektive, die die Dimensionen Geschlecht, sozioökonomischer Status und Migration berücksichtigt. In diesem Abschnitt werden die zentralen gesellschaftlichen Wandlungsprozesse erläutert, die das vorhandene Pflegesystem herausfordern und die für die Entwicklung von Politikansätzen relevanten zivilgesellschaftlichen Akteure vorgestellt. Im zweiten Teil werden Gegebenheiten, Herausforderungen und Lösungsansätze aus der Perspektive der Pflegekräfte und anschließend bezüglich der (Weiter)entwicklung der Versorgungsstrukturen erörtert. Abschließend werden die Ergebnisse resümiert, mit einer Gerechtigkeitsperspektive verbunden und weiterführende Handlungsansätze vorgestellt.

Seit den 1990er Jahren zeigt sich in Deutschland ein erheblicher Anstieg des Anteils Älterer ab 65 Jahren in der Bevölkerung von 15% 1990 auf prognostiziert 27% 2035. Gleichzeitig erhöhte sich auch der Anteil der über Achtzigjährigen in der Bevölkerung von 4% 1990 auf 7% 2020 bzw. auf 8% 2035 gemäß der Prognose. Ausgangspunkt und Anstieg unterscheiden sich in beiden Altersgruppen deutlich zwischen den Geschlechtern, mit einem höheren Anteil der Frauen in beiden Altersgruppen. Der Geschlechterunterschied verringert sich im Zeitverlauf (vgl. Tabelle 1).

Für die aktuellen Entwicklungen, das Jahr 2020 und die Prognose für das Jahr 2035, spielen zusätzlich die erheblichen regionalen Unterschiede eine Rolle (vgl. Tabelle 1). Generell zeigt sich der höchste Anteil Älterer in beiden Altersgruppen in den Flächenländern Ost, gefolgt von den Flächenländern West. Die günstigste Situation hinsichtlich der Verteilung und des Anstiegs der älteren Bevölkerung findet sich in den Stadtstaaten. Der deutschlandweit und regional verhältnismäßig niedrige Anstieg des Anteils der Älteren ab 80 Jahren zwischen 2020 und 2035 wird durch den Einfluss der Corona-Pandemie auf die Sterblichkeit der Älteren mitbestimmt, die in dieser Datengrundlage berücksichtigt wird. Die ist die einzige Datengrundlage in dem Länderdossier, die diesen Einfluss bereits einbezieht.

¹ Ich bedanke mich für die ausgezeichnete Recherchearbeit der wissenschaftlichen Hilfskräfte Paulina Essig und Bianca Maria Mers.

Tabelle 1: Demographischer Wandel – Anteil der Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung

Jahr/ Region Altersgruppen	Männer	Frauen	Gesamt
1990 Deutschland			
65+	10,44 %	19,13 %	14,94 %
80+	2,18 %	5,27 %	3,78 %
2020 Deutschland			
65+	19,55 %	24,33 %	21,98 %
80+	5,56 %	8,68%	7,14 %
2020 Flächenländer West			
65+	19,13 %	23,58 %	21,39 %
80+	5,47 %	8,39 %	6,96 %
2020 Flächenländer Ost			
65+	23,19 %	29,56 %	26,42 %
80+	6,51 %	10,65 %	8,61 %
2020 Stadtstaaten			
65+	16,75 %	21,61 %	19,22 %
80+	4,73 %	7,58 %	6,16 %
2035 Deutschland			
65+	24,84 %	29,39 %	27,15 %
80+	6,06 %	8,99 %	7,54 %
2035 Flächenländer West			
65+	24,73 %	29,04 %	26,91 %
80+	5,93 %	8,68 %	7,32 %
2035 Flächenländer Ost			
65+	28,26 %	34,27 %	31,32 %
80+	7,46 %	11,39 %	9,45 %
2035 Stadtstaaten			
65+	19,67 %	23,88 %	21,71 %
80+	4,94 %	7,64 %	6,18 %

Eigene Berechnungen auf der Basis der Datenquellen: Statistischen Bundesamt (2021a) für 1990 und (2021b) für 2020, 2035
 Legende: Flächenländer Ost: Neue Bundesländer; Flächenländer West: Alte Bundesländer mit Ausnahme der Stadtstaaten: Hamburg, Bremen, Berlin.

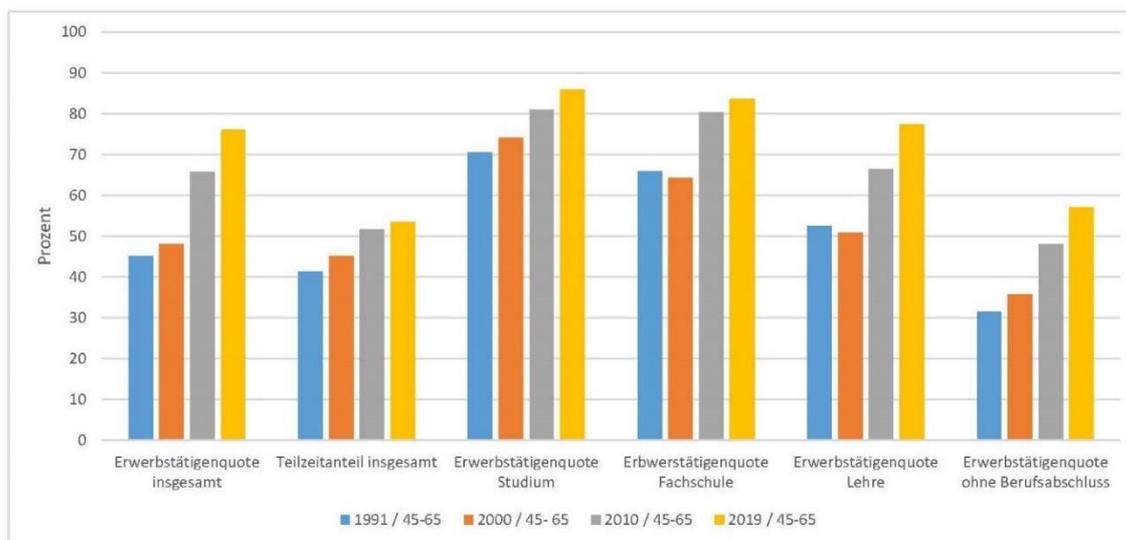
Der demographische Wandel ist eine zentrale Einflussvariable auf die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit. Seit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 stieg die Anzahl Pflegebedürftiger von 1,55 Millionen 1996, auf 2,29 Millionen 2010, und 3,83 Millionen 2019. Der markante Anstieg nach 2010 kann neben dem demographischen Wandel auch auf die Pflegereformen zurückgeführt werden (Rothgang/Müller 2021). Rothgang und Müller (2021) rechnen aufgrund der Demographie bis 2030 mit einem Anstieg auf insgesamt 5,86 bis 6,04 Millionen Pflegebedürftige. Regionale Differenzierungen der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bestätigen für 2017, die in den obengenannten Daten zum demographischen Wandel hervortretenden regionalen Unterschiede (Schwinger et al. 2019). Die genannten Prognosen können den Anstieg aufgrund der Demographie überschätzen, da der Anteil der über 80-jährigen an der Bevölkerung, der quantitativ dominanten Gruppe der Pflegebedürftigen, in den Berechnungen aufgrund der Nicht-Berücksichtigung des Einflusses der Corona-Pandemie überschätzt werden kann. Die regionalen Differenzierungen bleiben gemäß der demographischen Prognose erhalten (siehe Tabelle 1).

Die Zunahme Älterer betrifft auch die Bevölkerung mit Migrationshintergrund, d.h. von Personen, die entweder selbst migriert sind oder zumindest ein Elternanteil besitzen, das migriert ist

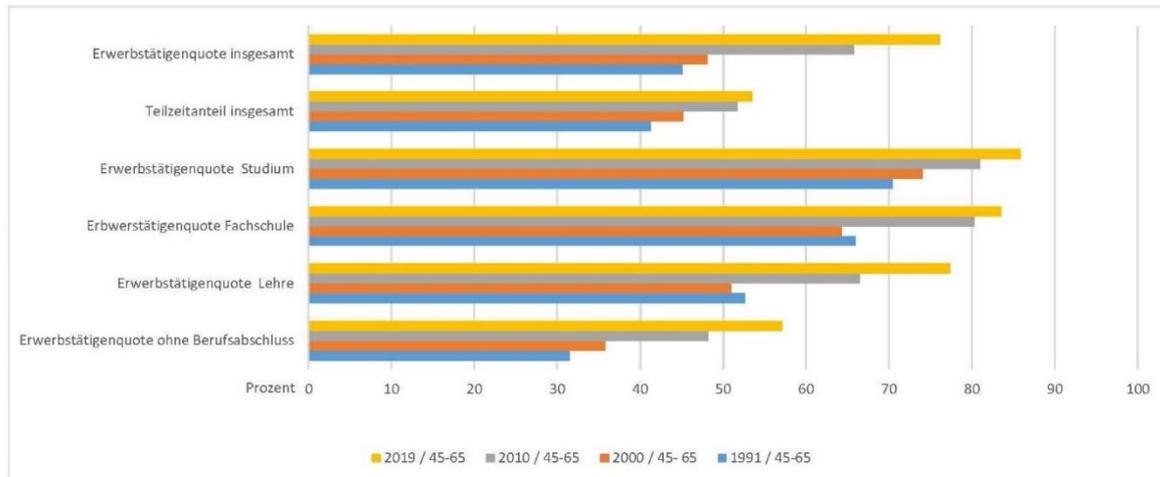
bzw. die deutsche Staatsbürgerschaft nicht durch Geburt besitzt (vgl. Kühnert/Ignatzi 2019). Im Jahr 2019 hatten 21,2 Millionen Menschen (26%) der Bevölkerung einen Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt 2021c). Auch hier sind regionale Unterschiede erkennbar. In Stadtstaaten, sowie einigen alten Bundesländern haben 26-29% der Bevölkerung einen Migrationshintergrund im Vergleich zu lediglich fünf Prozent in den neuen Bundesländern (Kühnert/Ignatzi 2019). Vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Alterungsprozesse berechneten Thum und Kolleg*innen (2015) einen Anstieg des Anteils von Personen mit Migrationshintergrund an allen Pflegebedürftigen von 9,8% 2013 auf 13,6% 2030.

Aufgrund des Alterungsprozesses reduziert sich auch der Anteil der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter mit negativen Konsequenzen für das Arbeitskräfteangebot und die Finanzierung der für den deutschen Wohlfahrtsstaat zentralen Sozialversicherungen. Die Erhöhung der Erwerbstätigkeit der Frauen wurde als ein zentraler Ansatzpunkt ausgewählt, diesem Prozess entgegenzuwirken. Diese Politiken haben zu einem erheblichen Anstieg der Frauenerwerbstätigenquote geführt, auch für Frauen im Alter von 45-65 Jahren. Deren veränderte Erwerbsintegration wird aufgrund der zentralen Bedeutung für die familiäre Sorgearbeit im Folgenden dargelegt (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Wandel der Frauenerwerbstätigkeit 1991-2019



Eigene Berechnungen auf der Basis der Datenquellen: Statistisches Bundesamt (1991; 2000; 2010; 2019)
Für den Zeitvergleich nach Qualifikationsebenen liegen keine Daten zum Arbeitszeitumfang vor.



Eigene Berechnungen auf der Basis der Datenquellen: Statistisches Bundesamt (1991; 2000; 2010; 2019)
Für den Zeitvergleich nach Qualifikationsebenen liegen keine Daten zum Arbeitszeitumfang vor.

Während sich die Erwerbstätigkeit der Frauen von 45-65 Jahren zwischen 1991 bis 2000 nur leicht erhöhte, werden ab 2000 erhebliche Anstiege auf 76% 2019 erkennbar (vgl. Abbildung 1). Das umfasst Vollzeit-, und Teilzeittätigkeiten, wobei Teilzeitarbeit lediglich einen moderaten Zuwachs von 45% im Jahr 2000 auf 54% im Jahr 2019 aufweist. In dem Anstieg werden unterschiedliche Muster abhängig vom Qualifikationsniveau erkennbar. So stieg der Anteil unter Frauen mit einem Studienabschluss von einer bereits hohen Quote von 74% im Jahr 2000 auf 86% im Jahr 2019. Aufgrund des niedrigeren Ausgangsniveaus erlebten Frauen auf den anderen Qualifikationsebenen höhere Anstiege der Erwerbstätigenquote von 19-26% in dem Zeitraum. Die Erwerbstätigenquoten 2019 liegen dann vergleichbar mit den Studienabsolventinnen bei 84% für die Fachschulabsolvent*innen, bei 77% für Frauen mit einem Lehrabschluss, jedoch deutlich niedriger bei 57% für Frauen ohne Berufsabschluss.

Zur Bewältigung der Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung wurden unter Einbeziehung relevanter gesellschaftlicher Akteure verschiedene Politikansätze entwickelt. Die Akteure und ihre grundlegenden Positionen werden hier vorgestellt und anschließend in der Diskussion zentraler Reformansätze in zentralen Fragen pflegerischer Versorgung dieses Dossiers spezifiziert.² Zentrale kontroverse Themen in der Debatte betreffen die Rolle und Verantwortung des Staats in der öffentlichen Finanzierung sowie der Regulierung und Ausgestaltung der Sozialleistungen, die Rolle der Familie und der Freiwilligenarbeit und die Weiterentwicklung professioneller Pflegearbeit.

Dabei lassen sich grundlegende Positionen unterscheiden. Die zentrale Gewerkschaft Ver.di und die dem linken Spektrum zugerechneten Wohlfahrtsverbände, wie die Arbeiterwohlfahrt (AWO) oder der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband (DPWV) betonen stärker staatliche Verantwortung. Die kirchlich orientierten Wohlfahrtsverbände (Diakonie und Caritas) verknüpfen staatliche Verantwortung mit einer stärkeren Betonung auf Freiwilligen-, und Familienarbeit. Die Berufsverbände in der Pflege fokussieren auf die Professionalisierung der Pflegefacharbeit. Die Verbände der privaten Anbieter wiederum zielen auf einen möglichst wenig regulierten, marktorientierten Modus der Erbringung der Pflegedienstleistungen.

² Die Grundlage der Ausführungen ist eine Recherche der zentralen Aussagen auf der Website der Akteure im November/Dezember 2021.

2. Zur Situation der Pflegekräfte

Der Aufbau einer professionellen Versorgung erfordert die Gewinnung und Bindung einer entsprechenden Anzahl angemessen ausgebildeter Pflegekräfte. Eingebettet in den demographischen Wandel hat die Einführung der Pflegeversicherung 1995 zu einem deutlichen Ausbau der professionellen Pflegeinfrastruktur und damit nahezu zu einer Verdoppelung der Beschäftigtenzahl von 623 900 im Jahr 1999 (Vollzeitäquivalente (VZÄ) 470 500) auf 1,187 Millionen Beschäftigte im Jahr 2019 (VZÄ 865.600) geführt (Rothgang/Müller 2021). Seit 2010 wird in diesem Sektor bundesweit ein ausgeprägter Mangel an Pflegefachkräften erkennbar, während sich unter den Helfer*innen, ca. 50% der Pflegekräfte, ein Überangebot zeigt (Bundesagentur für Arbeit 2021).

Es liegen verschiedene Schätzungen zur zukünftigen Entwicklung des Pflegekräftebedarfs vor, die den Einfluss der Corona-Pandemie auf die demographische Entwicklung nicht berücksichtigen. Eine Schätzung von Rothgang und Müller (2021) kommt aufgrund des angenommenen demographischen Wandels auf einen zusätzlichen Bedarf von 144 000 Pflegekräften (VZÄ) zwischen 2020 und 2030. Die Prognose von Schwinger und Kolleg*innen (2020) bestätigt diese Annahme, wobei die von ihnen berechneten regionalen Pflegekräftebedarfe den Statistiken zum regionspezifischen demographischen Wandel im ersten Kapitel folgen. Auch wenn aufgrund des weniger stark verlaufenden demographischen Wandels ein niedrigerer Anstieg des Pflegekräftebedarfs anzunehmen ist, führen die vermutete Steigerung der Inanspruchnahme professioneller (ambulanter) Dienstleistungen und die Verrentungen der Pflegekräfte aufgrund des demographischen Wandels zu einem höheren Bedarf (vgl. Kapitel 1).

Für den derzeitigen und zukünftig angenommenen ausgeprägten Mangel an Pflegefachkräften werden die geringe Attraktivität der Ausbildung zur (Alten)pfelegfachkraft, die Hürden in der Weiterbildung der Helfer*innen zur Fachkraft sowie die schwierigen Arbeits-, und Beschäftigungsbedingungen verantwortlich gemacht. In jüngerer Zeit wurden verschiedene politische Initiativen zur Bewältigung der Herausforderungen ergriffen.

2.1 Veränderungsansätze in der Pflegeausbildung

Reformen im Bereich der Pflegeausbildung bilden einen zentralen Ansatzpunkt, dem Pflegefachkräftemangel zu begegnen. Mit der Erhöhung der Anzahl der Auszubildenden in der Altenpflege um ca. 30% zwischen 2011 und 2019 konnte eine Zielsetzung erreicht werden (Slotala 2019, Bundesministerium für Gesundheit 2020). Relevant für den Anstieg der Ausbildungen waren die Verbesserung der Ausbildungsbedingungen, wie die Erhöhung der Ausbildungsvergütung oder auch die Abschaffung des Schulgelds. Ein weiterer Erfolgsfaktor war der deutliche Anstieg der Weiterbildungen zur Pflegefachkraft basierend auf dem Programm zur dreijährigen Nachqualifizierung in der Altenpflege durch die Bundesagentur für Arbeit seit Dezember 2012.

Eine wichtige Zielgruppe dieser Weiterqualifizierungsmaßnahmen stellen bereits in der Pflege tätige bzw. erwerbslose Pflegehelfer*innen dar (Geschäftsstelle, 2015; Bundesagentur für Arbeit 2021; BMFSFJ 2022). Flüchtlinge bilden eine weitere Zielgruppe für die Tätigkeit in der Pflege. Im Jahr 2020 waren 13.000 Flüchtlinge als Pflegekräfte tätig im Vergleich zu 2.000 im Jahr 2015 (Bundesagentur für Arbeit 2021). Relevant wird dabei der Zugang zu einer Pflegeausbildung.

Ergebnisse des Modellprojekts „Care for Integration“ für Flüchtlinge zeigen, dass 80% der Teilnehmenden erfolgreich die Altenpflegehelferausbildung abgeschlossen haben. 86% unter ihnen möchte eine Fachkraftausbildung anschließen und langfristig im Feld tätig werden. Durch den hohen Männeranteil – 62% der Teilnehmer*innen – kann dies positiv zu den Geschlechterproportionen beitragen (Isfort/Hylla 2020).

Mit der Reform der Ausbildung der Pflegeberufe von 2020 soll die Pflegeausbildung generell attraktiver und damit die Anzahl der Auszubildenden weiter gesteigert werden. Kernstücke bilden dabei die Zusammenführung der bisherigen bereichsspezifischen Pflegefachkraftausbildungen (Kranken-, Alten-, Kinderkrankenpflege) in eine generalistische Pflegefachausbildung. Darüber hinaus wird ein regelhaftes primärqualifizierendes BA-Studium eingeführt. Trotz der Hürden durch die Corona-Pandemie konnte bei den ersten beiden Ausbildungskohorten 2020 und 2021 ein Anstieg der Ausbildungszahlen von 56.118 vor der Reform 2019 auf 57.294 2020 und auf 61.329 im Jahr 2021 erzielt werden. Wie für die Vorläuferausbildungen, entschieden sich vor allem Frauen mit einem Anteil von 76% für die neue generalistische Pflegefachausbildung. Der Zahlen der Erstimmatrikulationen im BA-Studiengang blieben mit einem Anstieg von 100 vor der Reform 2019 auf 500 2021 hinter den Erwartungen zurück. Untersuchungen fanden, dass trotz einer positiven Bewertung der Studiengänge die unklaren Tätigkeitsprofile nach dem Studium und die nicht-vorhandene Vergütung des Studiums im Vergleich zur Ausbildung dazu beitrugen (BMFSFJ 2022)

2.2 Arbeits-, und Beschäftigungsbedingungen

Die markante Erhöhung der Anzahl der Beschäftigten in der professionellen Pflege seit der Einführung der Pflegeversicherung geht mit einer schwierigen Arbeits-, und Beschäftigungssituation in dem frauendominierten Tätigkeitsfeld – Frauenanteil 84% 2019 – einher (vgl. Statistisches Bundesamt 2021d). Seit der Einführung der Pflegeversicherung hat sich der Anteil der Beschäftigten in Teilzeittätigkeiten auf ca. 70% im ambulanten und stationären Bereich im Jahr 2019 erhöht. Circa 16,9% der Beschäftigten im ambulanten Bereich und 8,0% im stationären Bereich gehen einer geringfügigen Beschäftigung nach, d.h. einer Teilzeitbeschäftigung mit einem niedrigen Stundenumfang und einem reduzierten Umfang sozialer Sicherung. Hinzu kommen unangemessene Löhne und insbesondere erhebliche Lohnunterschiede. Laut Bundesagentur für Arbeit (2022) betrug der durchschnittliche Bruttolohn pro Monat bundesweit für Altenpflegefachkräfte im Dezember 2021 3.344 Euro und für Altenpflegehelfer*innen 2.352 Euro.

Die Löhne liegen deutlich niedriger in den neuen im Vergleich zu den alten Bundesländern, und bei gewinnorientierten im Vergleich zu den freigemeinnützigen bzw. öffentlichen Trägern (Greß/Stegmüller 2019; Bundesagentur für Arbeit 2022). Forschungsergebnisse zur Arbeitssituation verweisen ebenfalls auf schwierige Bedingungen. Dazu zählen insbesondere die niedrige Personalausstattung, der hohe Zeitdruck, die hohe physische und psychische Belastung oder auch die geringen Entwicklungsmöglichkeiten, dabei sind die Bedingungen in der Pflege deutlicher schlechter als in anderen Berufsgruppen (vgl. Theobald et. al. 2013; Schmucker 2019).

Derzeit werden in der Politik zwei Ansätze der Veränderung verfolgt. Die Einführung eines evidenzbasierten Standardverfahrens zur Festlegung der Personalausstattung in Altenpflegeheimen soll die hohe Arbeitsbelastung reduzieren. Die Begleitforschung erbrachte, dass ein deutlicher Anstieg insbesondere von Assistenzkräften und dabei eine mögliche Reduktion

des Fachkraftanteils hierbei zielführend sind (vgl. Rothgang et al. 2019). Die gesetzlich vorgeschriebene Fachkraftquote mit einem Anteil von 50% Fachkräften im Tätigkeitsfeld Pflege und Betreuung soll durch eine anhand des Pflegebedarfs der Bewohner*innen einrichtungsspezifisch bestimmten Quote ersetzt werden. Zur Entlastung sollen darüber hinaus Pflegehelfer*innen eingestellt werden, was mit einem Rückgang des Fachkräfteanteils einhergeht. Mit dem Reformgesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung von 2021 wurde diese grundlegende Herangehensweise übernommen.

Während die Zielsetzung der Erhöhung der Personalzahlen einhellig begrüßt wird, ist um den Fachkräfteanteil eine Kontroverse entstanden. Hier sprechen sich die Gewerkschaft Ver.di, die AWO und der Deutsche Berufsverband für Altenpflege (DBVA) gegen die Reduktion des Fachkraftanteils aus. Weitere Berufsverbände fokussieren auf die Stärkung der Position der Pflegefacharbeit und weniger auf das Tätigkeitsfeld insgesamt. Eine entgegengesetzte Position nimmt der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) ein, der auch die reduzierte Fachkraftvorgabe kritisch sieht und als Maßstab für Qualität die Messung der Ergebnisqualität vorschlägt.

Mit der Einführung eines bundesweiten allgemeingültigen Tarifvertrags sollen die unangemessenen, sehr unterschiedlichen Löhne überwunden werden. Die Etablierung eines allgemeingültigen Tarifvertrags durch die Bundesregierung erfordert, dass ein quantitativ relevanter Anteil der Arbeitgeber in dem Sektor dem Tarifvertrag zustimmt. Der von der Gewerkschaft Ver.di mit ausgewählten Arbeitgeberverbänden ausgehandelte vorläufige allgemeingültige Tarifvertrag erhielt jedoch nicht ausreichend Zustimmung. Die privaten Arbeitgeber sprachen sich prinzipiell gegen diese Zielsetzung aus. Die beiden kirchlichen Wohlfahrtsverbände erklärten sich als verhandlungsbereit, stimmten jedoch dem Tarifvertrag nicht zu.

Als Alternative wurde das Tariftreuegesetz im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung 2021 formuliert. Dieses schreibt vor, dass ab September 2022 alle Einrichtungen, die im Rahmen der Pflegeversicherung Dienstleistungen anbieten wollen, ihren Mitarbeiter*innen Löhne auf der Basis eines von ihnen ausgewählten regionalen Tarifvertrags bzw. des von den regionalen Pflegekassen berechneten regionalen Durchschnittslohns bezahlen müssen. Dieses Gesetz wird von vielen Akteuren, wie beispielsweise Ver.di als nicht ausreichend für eine Verbesserung der Lohnsituation kritisiert. Eine gegenteilige Position nimmt der bpa ein, der die bisherige positive Lohnentwicklung ohne Tarifvertrag hervorhebt und die Vorgaben im Tariftreuegesetz als unzulässigen Eingriff in die Handlungs-, und Entscheidungsspielräume der Unternehmer*innen bewertet. Der bpa unterstützte mit weiteren Verbänden im privatwirtschaftlichen Spektrum die Einreichung einer Beschwerde gegen das Tariftreuegesetz gewinnorientierter Pflegeeinrichtungen beim Bundesverfassungsgericht. Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts steht noch aus.

Während die genannten Reformgesetze grundlegende Facetten der Beschäftigungssituation verändern wollen, sollen mit dem Modellprojekt „Gute Arbeitsbedingungen in der Pflege“ (2019-2023) Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen verbessert und damit die Bindung der Pflegekräfte an die Einrichtung bzw. das Berufsfeld verstärkt werden. Das Projekt besteht aus einer Pilotphase im Jahr 2019 und einem Rollout von 2021 bis 2023, mit dem das in dem Pilotprojekt erprobte Vorgehen bundesweit in ca. 1.000 ambulanten und stationären Einrichtungen umgesetzt werden soll (Appel/Schein 2019; Behrens et al. (2020).

Im Rahmen des Pilotprojekts wurden zunächst zentrale Handlungsfelder – z.B. Arbeitszeitregelungen, Arbeitsorganisation, Führungskompetenz - für eine Verbesserung definiert, darauf bezogene Instrumentenkoffer mit Leitfäden zu konkreten Veränderungsmaßnahmen und Methoden der Erhebung einrichtungsspezifischer Handlungsfelder entwickelt. Anschließend wurden nach einer Erhebung der einrichtungsspezifischen Handlungsfelder die 25 ausgewählten Einrichtungen in der Implementation mit Beratungs-, und Schulungsangeboten begleitet.

Innerhalb weniger Monate konnte mit dieser Herangehensweise in den beteiligten Einrichtungen Verbesserungen erzielt werden. Zentrale Elemente für den Erfolg waren die Ausbildung der Berater*innen und der leitenden Pflegekräfte in den Einrichtungen sowie ihre zeitlichen Kapazitäten. Als Hürde in der Umsetzung erwiesen sich der begrenzte zeitliche Umfang des Projekts, der für den Rollout erweitert wurde. Für den bundesweiten Rollout wurden zeitlich begrenzte regionale Kompetenzzentren gegründet, die für die Anwerbung der Einrichtungen, die Organisation und Durchführung der Schulungen und den Austausch zwischen den Einrichtungen verantwortlich sind.

3. Versorgungsstrukturen im Welfare Mix

In Deutschland wird die pflegerische Versorgung als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe mit dem Staat als Regulator und Finanzier betrachtet. Eine zentrale Rolle für die Definition der staatlichen Sozialleistungen, der öffentlichen Finanzierung und Regulierung der Dienstleistungserbringung nimmt die gesetzliche Pflegeversicherung ein. Die Ausführung pflegerischer Versorgung wird im Sinne eines Welfare Mix an Familie, Wohlfahrtsorganisationen, zivilgesellschaftliche Akteure und gewinnorientierte Anbieter delegiert.

Die Pflegeversicherung bietet der Bevölkerung ein weites Spektrum an Sozialleistungen in gesetzlich definierten Pflegesituationen. Seit der Einführung der Pflegeversicherung hat sich der Anteil unter den Älteren ab 65 Jahren, die Leistungen erhalten von 12,0% 1999 auf 17,4% im Jahr 2019 deutlich erhöht (Statistisches Bundesamt 2001; 2021d). In den folgenden Ausführungen werden nach dem Zusammenspiel professioneller und familiärer Versorgung zentrale Facetten der Entwicklung professioneller Dienste und Ansätze der kommunalen Versorgung erörtert.

3.1 Zusammenspiel familiärer und professioneller Versorgung

Wie bereits angeführt hat die Erhöhung der Frauenerwerbstätigkeit seit 2000 das traditionelle familienbasierte Pflegesystem infrage gestellt. Als neuer Ansatz wird das Konzept eines Pflegemix diskutiert, in dem die familiäre Versorgung in ein breites Spektrum von Unterstützungsleistungen eingebettet wird. Erste Hinweise auf die Realitäten familiärer Versorgung liefern die Ergebnisse einer Repräsentativbefragung von Hielscher und Kolleg*innen (2017) aus dem Jahr 2015 sowie Ergebnisse der Pflegestatistik. Nach Angaben der Pflegestatistik nutzten im Jahr 2019 36% der ab 65-jährigen Leistungsempfänger*innen der Pflegeversicherung, die zuhause lebten, ambulante Dienstleistungen (Statistisches Bundesamt 2021d). Hielscher und Kolleg*innen (2017) fanden in ihrer Repräsentativbefragung, dass in knapp 50% der privaten Pflegehaushalte verschiedene Dienstleistungen einbezogen werden.

Dies betraf neben den ambulanten Dienstleistungen die Beschäftigung einer Haushaltshilfe (35% der Haushalte) oder die Anstellung einer Betreuungskraft auf einer live-in Basis im Privathaushalt (8%

der Haushalte) (vgl. Abschnitt 3.2). Generell nehmen alleinlebende Frauen, Angehörige der Mittelschichten und Ältere ohne Migrationshintergrund häufiger Dienstleistungen in Anspruch. In diesen Unterschieden reflektieren sich die Wohnsituation, kulturelle Vorstellungen zur Versorgung und Abwägungen aufgrund der entstehenden privaten Kosten der Dienstleistungen (Schmidt/Schneekloth 2011; Schwinger et al. 2016).

Die Herangehensweise des Pflegemix spiegelt sich auch in den Vorstellungen einer wünschenswerten Versorgung. Schon 2002 fand eine Repräsentativbefragung in Pflegehaushalten den Pflegemix als überwiegende Norm der Versorgung. Bei einer Wahl zwischen Betreutem Wohnen, privater Pflege ohne Pflegekräfte und privater Pflege mit Pflegekräften empfahlen nur 30% der Pflegenden lediglich private Pflege, 48% die private Pflege mit Pflegekräften und 22% Betreutes Wohnen (Runde et al. 2003). Die Entwicklung des Pflegemix ist in einen breiteren Wandlungsprozess zentraler Facetten der informellen Versorgung eingebettet, wobei ein Zusammenspiel von Veränderungen und Beharrung erkennbar wird (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Wandel informeller, familiärer Versorgung

Themenbereich	1998	2010	2016
Erwerbstätigkeit – Hauptpflegeperson:			
Nicht-erwerbstätig	64%	41%	35%
Geringfügig	8%	11%	10%
Teilzeit	13%	20%	26%
Vollzeit	16%	28%	28%
Fortsetzung der Erwerbstätigkeit der Hauptpflegeperson:			
Aufgabe der Erwerbstätigkeit		15%	14%
Einschränkung der Erwerbstätigkeit		34%	----
Einschränkung der Erwerbstätigkeit wegen der Pflege		----	23%
Aufgabe/Einschränkung aus anderen Gründen		----	8%
Unveränderte Fortsetzung		51%	54%
Zeitaufwand Versorgung pro Woche	45,5 Std.	37,5 Std.	30,1 Std.
Wahrgenommene Belastung informelle Pflege:			
Gar nicht	2%	3%	3%
Eher wenig	12%	20%	19%
Eher stark	43%	48%	51%
Sehr stark	40%	29%	26%
Informell Pflegenden Anteile in %:			
(Ehe)Partnerin	20%	19%	18%
(Ehe)Partner	12%	15%	14%
Tochter	23%	26%	26%
Sohn	5%	10%	11%
Männer insgesamt	20%	28%	31%

Quelle: Repräsentativbefragungen Schneekloth et al. (2017)

Der Wandel der traditionellen familiären Versorgung reflektiert sich zunächst in der zunehmenden Erwerbstätigkeit der Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter von 36% 1998 auf

65% 2016. Gleichzeitig zeichnet sich eine Reduktion der informellen Pflegezeit pro Woche von 46 Std. 1998 auf 30 Std. 2016 ab. Außerdem berichten Hauptpflegepersonen seltener von einer starken Belastung. Zunehmend mehr Männer nehmen die Rolle der Hauptpflegeperson ein, was durch die Zugänglichkeit ambulanter Dienste gefördert wird (Schneekloth et al. 2017).

Der Abbau informeller Pflegezeit ermöglicht eine gleichere Verteilung der verbliebenen Pflegeaufgaben zwischen Männern und Frauen (Theobald 2020). Obwohl Studien belegen, dass die Vereinbarung von Pflege und Beruf entlastend wirken kann, bestehen jedoch nach wie vor erhebliche Probleme in der Vereinbarkeit. Frauen, insbesondere mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status, übernehmen häufiger unter prekären Bedingungen familiäre Pflege (Pinquart 2016; Naumann et al. 2016; Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018; Auth et al. 2020; Schneekloth et al. 2017).

Neben Dienst-, und Geldleistungen bietet die Pflegeversicherung Freistellungsregelungen, die sozialpolitische Absicherung durch Rentenregelungen und Pflegekurse zur Unterstützung der Durchführung der Pflege (zu den Pflegekursen siehe Box). Von den verschiedenen Freistellungsregelungen wird lediglich das Recht auf einen Ausstieg für maximal zehn Tage aus der Erwerbsarbeit pro Jahr mit einer öffentlich finanzierten Kompensation von 90% des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts positiv in der Bevölkerung bewertet (Naumann et al. 2016). Zur Verbesserung der sozialen Sicherung im Alter von Pflegepersonen im Erwerbsalter, die nicht mehr als 30 Stunden pro Woche erwerbstätig sind, entrichtet die Pflegeversicherung Beiträge zur Rentenversicherung. Im Jahr 2018 erhielten lediglich 25,3% der Pflegenden von häuslich versorgten Pflegebedürftigen diese Leistung (Rothgang/Müller 2019).

Pflegekurse

Pflegende Angehörige haben das Recht auf die Teilnahme an von der Pflegeversicherung finanzierten Pflegekursen, die sie zur eigenständigen Durchführung der Pflege befähigen. Die Kurse werden im Rahmen einer Gruppenschulung, als Einzelschulung zuhause und zunehmend online angeboten. Der zeitliche Umfang liegt zwischen 1,5-3 Stunden für allgemeine Informationen zur Pflegeversicherung und umfangreichen Schulungen zu Fragen pflegerischer Versorgung von 8-15 Stunden. Nach einer Repräsentativbefragung im Jahr 2016 nahmen lediglich neun Prozent der Hauptpflegepersonen Pflegekurse in Anspruch, wobei sich der Anteil mit dem Anstieg der Pflegebedürftigkeit erhöht (21% auf der höchsten Pflegestufe 3). 84% der Teilnehmer*innen gaben an, dass ihnen die Kurse die Pflege erleichtert haben (Schneekloth et al. 2017). Donath und Kolleg*innen (2011) stellten in ihrer Untersuchung zur geringen Inanspruchnahme u.a. fest, dass die pflegenden Angehörigen in einer umfassenden Beratung von den Vorteilen eines Pflegekurses überzeugt werden müssen. Die befragten Teilnehmer*innen bewerteten besonders positiv praxisnahe Hilfen in der Versorgung und krankheitsspezifische Informationsvermittlung.

3.2 Entwicklung professioneller Infrastruktur

Seit der Einführung der Pflegeversicherung hat ein erheblicher Ausbau ambulanter und stationärer Dienstleistungen mit einer Erhöhung der Nutzer*innenzahl von 1,1 Millionen 1999 auf 1,8 Millionen 2019 stattgefunden (Statistisches Bundesamt 2001; 2021d; Angaben zu einem Stichtag). Der Ausbau im Rahmen eines Pflegemarkts basierend auf einer Konkurrenz zwischen freigemeinnützigen und gewinnorientierten Anbietern führte dazu, dass 67% der ambulanten Dienstleister und 43% der Altenpflegeheime 2019 unter gewinnorientierter Trägerschaft standen (Statistisches Bundesamt 2021d). Doch der Beitrag gewinnorientierter Anbieter*innen wird zunehmend kritisch gesehen. Dies betrifft ihre zentrale Marktstrategie, die im Altenpflegeheimsektor mit im Vergleich zu gemeinnützigen Anbietern niedrigeren Preisen und einer niedrigeren Qualität expandieren (Geraedts et al. 2016; Haun 2020).

Hinzu kommt eine Veränderung der Eigentümerstrukturen durch den Einstieg internationaler profit-orientierter Equity-Firmen seit 2013 in dem traditionellerweise durch Familienunternehmen getragenen Bereich (Scheuplein et al. 2019). Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Inanspruchnahmen der Leistungsarten – ambulante, stationäre Dienstleistungen bzw. Geldleistungen – entwickelten sich regionale Unterschiede im Ausbau der Dienstleistungen. Eine Erklärung der regionalen Inanspruchnahme von Dienstleistungen liegt in der Höhe privater Zuzahlungen aufgrund der regional unterschiedlichen Preise der Dienstleistungen, die u.a. vor dem Hintergrund regionaler Lohndifferenzen entstehen (Statistisches Bundesamt 2021d; Hackmann et al. 2016; Haun 2020).

Neben dem Ausbau spielen auch qualitative Aspekte für die Weiterentwicklung eine entscheidende Rolle. Als normative Zielsetzung der außerhäuslichen Versorgung gilt, dass Versorgungssicherheit mit Selbstbestimmung der Pflegeempfänger*innen, der Sicherung ihrer persönlichen Identität durch die Wahrung von ihren Wünschen und Gewohnheiten und ihre Integration in das soziale Umfeld verbunden werden soll (vgl. Kremer-Preiß et al. 2021). Dies führte zur Etablierung alternativer Wohn-, und Versorgungsformen, wie Angebote des Betreuten Wohnens (1-2 % der Älteren ab 65 Jahren).

Weiterhin zu nennen sind hier Pflegewohngemeinschaften (3.900 im Jahr 2017) zumeist in regulären Wohnungen in der Nachbarschaft (Rothgang/Müller 2019). Forschungsergebnisse belegen, dass die Zielsetzungen erreicht werden und die Nutzer*innen die Lebensqualität positiv bewerten (Kremer-Preiß et al. 2021). Die Versorgung in den Altenpflegeheimen, die quantitativ bedeutsamste außerhäusliche Versorgungsform (4% der Älteren ab 65 Jahren 2019), hat sich ebenso verändert (Statistisches Bundesamt 2021d). Das aktuellste Konzept seit 2010 – das Quartiershaus - soll das Leben in der Gemeinschaft der Wohngruppe, mit der Stärkung der Privatheit insbesondere durch Wohnen im Einzelzimmer mit der sozialen Integration in die lokale Umgebung verbinden. Vorhandene Konzepte werden nicht flächendeckend umgesetzt und sind nicht für alle zugänglich. Dennoch werden positive Entwicklungen erkennbar, beispielsweise im deutlichen Anstieg des Anteils von Einzelzimmern von 1999 bis 2019 (Statistisches Bundesamt 2001; 2021d).

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Anzahl pflegebedürftiger Älterer mit Migrationshintergrund wird eine breitere Zugänglichkeit der Versorgungsinfrastruktur notwendig. In dem Öffnungsprozess müssen die soziale Situation von Älteren mit Migrationshintergrund - wie niedrigere Renteneinkünfte, häufig beengte Wohnverhältnisse - und die Varianz kultureller

Vorstellungen zur Pflege einbezogen werden (Kühnert/Ignatzi 2019). Trotz einem traditionell familienorientierten Versorgungsideal und teilweise unzureichenden Informationen zu den vorhandenen Möglichkeiten sind zum Beispiel Familien mit türkischem Migrationshintergrund zunehmend bereit, auch Dienstleistungen einzubeziehen (Yilmaz-Aslan et al. 2021; Krobisch et al. 2014). Die Öffnung der professionellen Angebote betrifft daher Versorgungsangebote und Beratungsstrukturen. Der zentrale Ansatz der transkulturellen Öffnung geht von einem dynamischen Kulturbegriff; d.h. eines Austausches zwischen Kulturen aus, wodurch diese zunehmend transkulturell werden (Fischer 2021). Dies erfordert eine individualisierte Herangehensweise, in der nicht die „fremde Kultur“ im Vordergrund steht, sondern die Pflegebedürftigen und deren individuelle Situation und Vorstellungen.

Die Etablierung der „der sogenannten 24.Std. Betreuung“ im Privathaushalt zumeist von Familien aus den Mittelschichten verdeutlicht, dass die aufgezeigten Entwicklungen nicht ausreichend sind. In dieser Versorgungsform werden die pflegebedürftigen Älteren zuhause von einer im Privathaushalt lebenden Migrantin (live-in) versorgt. Diese Versorgung wird in der Regel von den Familien über einen grauen Arbeitsmarkt oder durch Vermittlungsagenturen organisiert. Zumeist findet sie auf der Basis von nicht-regulären und hochbelastenden Beschäftigungs-, und Arbeitsverhältnissen statt; beispielsweise charakterisiert durch eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 69 Stunden (siehe Theobald 2021, Hielscher et al. 2017). Vor diesem Hintergrund werden unterschiedliche Maßnahmen zur Verbesserung vorgeschlagen.

Der Bundesverband für häusliche Versorgung und Pflege e.V., der Verband der gewinnorientierten Vermittlungsorganisationen, zielt darauf ab unter dem Begriff „Rechtssicherheit“, rechtliche Regelungen zu definieren, die die vorherrschende Praxis ohne Veränderungen der Bedingungen der Betreuungskräfte legitimieren. Ein wichtiges Element dabei ist die Nichtvergütung der Bereitschaftszeit. Das Bundesarbeitsgericht hat allerdings 2021 der Klage einer Betreuungskraft aus Bulgarien stattgegeben, die gefordert hat, dass Bereitschaftszeit als Arbeitszeit anerkannt und vergütet werden muss. Projekte gemeinnütziger Vermittlungsorganisationen wollen im Gegensatz dazu, auf der Basis einer regulären Beschäftigung die reale Arbeits-, und Beschäftigungssituation den in Deutschland geltenden rechtlichen Regelungen anpassen. Die Gewerkschaft Ver.di wiederum fordert, dass die professionellen Dienste so umfassend ausgebaut und öffentlich finanziert werden, dass diese Versorgungsform nicht mehr benötigt wird.

Neben den qualitativen Veränderungen spielt die Frage der hohen privaten Kosten insbesondere in Altenpflegeheimen in der öffentlichen Diskussion eine wichtige Rolle. Zivilgesellschaftlichen Akteure fordern einhellig niedrigere private Kosten, allerdings in unterschiedlichem Umfang. Weitestgehend sind die Forderungen, die pflegebedingten Kosten vollständig öffentlich zu finanzieren, wie sie von der Gewerkschaft Ver.di und dem linken Spektrum zugehörigen Wohlfahrtsverbänden erhoben werden. Die kirchlichen Wohlfahrtsverbände verknüpfen ihre Forderungen mit Vorschlägen einer kostengünstigeren Versorgung durch die Einbeziehung Angehöriger oder (bezahlter) Freiwilliger. Die Politik hat im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung 2021 mit einer Erhöhung des Anteils öffentlicher Finanzierung reagiert. Doch diese Erhöhung wird gerade vor dem Hintergrund der geplanten Reformen, wie der Einführung von Tariflöhnen oder der Erhöhung der Personalschlüssel, als langfristig wenig wirksam bezeichnet.

3.3 Die kommunale Ebene

In der Debatte wird zunehmend die Rolle der Kommune im Aufbau einer bedarfsgerechten lokalen Versorgungsstruktur betont, die eine vorrangige Versorgung in der eigenen Häuslichkeit gestattet. Der Begriff lokale Versorgungsstruktur bezieht sich auf die Etablierung von Beratungs-, und Unterstützungsangeboten, die Förderung der Integration pflegebedürftiger Älterer, lokale Planung und Vernetzung der beteiligten Akteure. Die Steuerung der grundlegenden ambulanten und (teil)stationären Infrastruktur hingegen obliegt der Pflegeversicherung bzw. der Bundesebene und den Bundesländern, während die kommunalen Kompetenzen sehr begrenzt sind. Anhand von drei ausgewählten Ansätzen werden die kommunalen Herangehensweisen dargelegt.

Öffnung der Beratung für Ältere mit Migrationshintergrund

Mit dem Modellprojekt „Interkulturelle Brückenbauer*innen (2015-2018) soll durch den Abbau sprachlicher und kultureller Barrieren beim Zugang zu Beratung gleichzeitig der Zugang zu Versorgungsleistungen von Älteren mit Migrationshintergrund im Pflegebereich verbessert werden (folgende Ausführungen vgl. Sari/Khan-Zvornican 2018). Im Modellprojekt wurden Brückenbauer*innen in Themen der Pflege ausführlich geschult, um sprach-, und kulturvermittelnd in definierten Beratungssituationen tätig zu werden. Ausgewählt wurden dazu die Beratung für Pflegebedürftige in den lokalen Pflegestützpunkten bzw. durch ambulante Pflegedienste und die Begutachtungen zur Aufnahme in die Pflegeversicherung.

Die Beratungen wurden als Tandemberatung von einer professionellen Berater*in und den Brückenbauer*innen gemeinsam durchgeführt. Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit suchten die Brückenbauer*innen zudem gezielt Migrationsvereine, Seniorentreffs etc. zur Vermittlung von Informationen auf. In der Evaluation zeigte sich u.a. eine steigende Anzahl von Ratsuchenden mit Migrationshintergrund in den Pflegestützpunkten und eine zunehmende Beteiligung der Brückenbauer*innen bei den Begutachtungen. Diese Einrichtungen waren nach Abschluss des Projekts an einer Verstärkung des Angebots interessiert. Trotz ebenfalls positiver Ergebnisse sahen die ambulanten Pflegedienste keine Möglichkeit der Verstärkung. Positiv bewertet wurde die Herangehensweise auch von den Älteren mit Migrationshintergrund bzw. ihren Familien selbst.

Lokale Demenzstrategie

Das Bundesprogramm „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ (2012-2018; 2020-2026) unterstützt den Aufbau demenzfreundlicher Kommunen. Die geförderten lokalen Allianzen sollen dazu beitragen, dass Menschen mit Demenz am gesellschaftlichen Leben teilhaben können, die Angehörigen die passenden Hilfen erhalten und die Gesellschaft für Demenz sensibilisiert wird (folgende Auswertungen zur ersten Periode vgl. Mäder 2019; 2020). Die Träger dieser lokalen Allianzen waren die Kommunen selbst, Wohlfahrtsverbände oder zivilgesellschaftliche Akteure, wie die Alzheimer Gesellschaft.

Als Zielgruppen wurden eine breite Varianz von Personen definiert. Dazu gehörten Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen, Bürger*innen, Beschäftigte in ausgewählten gesellschaftlichen Feldern, wie die Polizei, Expert*innen in der Verwaltung und Kommunalpolitiker*innen. Zentrale Tätigkeitsfelder waren Informationsveranstaltungen und Schulungen sowie Öffentlichkeitsarbeit. In

der Umsetzung wurde deutlich, dass pflegende Angehörige breite Unterstützung benötigen, die sie im Alltag begleiten, fachlich informieren und emotional unterstützen. Freiwilligenarbeit nahm eine zentrale Rolle ein. Ein bedeutender Anteil der Beteiligten war selbst freiwillig tätig. Freiwillige wurden auch für spezifische Tätigkeiten ausgebildet, wie die Demenzbegleiter*innen. Die Situation in den ländlichen Kreisen erwies sich schwieriger als in den Städten.

Entwicklung lokaler Sorgeskulturen

Dem Anstieg pflegebedürftiger Älterer und der gleichzeitige Rückgang der familiären Versorgung soll mit der Entwicklung lokaler Sorgestrukturen, der „Sorgenden Gemeinschaft“ entgegengewirkt werden. Nach dem Konzept soll durch den Beitrag von Nachbar*innen und Freiwilligen in Zusammenarbeit mit professionellen Kräften eine lokale Sorgeskultur entstehen, die eine angemessene Versorgung, die Unterstützung der Familien und die Integration in die lokale Gemeinschaft fördert. Notwendig zur Realisierung sind insbesondere die Beteiligung der Bürger*innen in der Auswahl und Umsetzung der Maßnahmen, die gezielte Entwicklung von Freiwilligenarbeit, die Organisation von lokalen Netzwerken und die Zusammenarbeit mit kommunalen Instanzen. In der Umsetzung finden sich in den Kommunen ähnliche Ansätze, wie die Einrichtung einer Anlaufstelle in der Nachbarschaft, Hausbesuche zur Vermittlung von Informationen, die Entwicklung von Elementen der Alltagsunterstützung bis hin zur Einrichtung von Pflegewohngruppen (vgl. Kricheldorf et al. 2015).

Neuere Forschungen gehen davon aus, dass in jüngerer Zeit ca. 1.000 Projekte mit dieser Zielsetzung in sehr unterschiedlichen Kommunen entstanden sind (Wehrbein/Hanemann 2021). In der Debatte um den Aufbau sorgender Gemeinschaften wird kritisiert, dass der Beitrag der freiwilligen oder nachbarschaftlichen Unterstützung zu zeitlich umfassender Versorgung überschätzt wird (vgl. Ergebnisse des Freiwilligenurvey Vogel/Tesch-Römer 2017). Forschungen zu umfangreichen Betreuungsangeboten durch Freiwillige erbrachten, dass diese Betreuung oft von älteren Frauen mit niedrigem Qualifikationsniveau als „niedrig bezahlte“ Freiwilligenarbeit oder in Form einer geringfügigen Beschäftigung ausgeführt wird (Hochgraeber et al. 2015).

4. Herausforderungen und Veränderungsansätze aus einer Perspektive der Gerechtigkeit

Im Fokus des Länderdossiers steht die Frage, wie vor den demographischen und sozialen Wandlungsprozessen eine nachhaltige und gerechte professionelle und informelle Sorgestruktur aufgebaut werden kann. Der Aspekt der Gerechtigkeit, der neben Geschlecht den sozioökonomischen Status und Migrationshintergrund einschließt, bezieht sich auf den Zugang zu öffentlich unterstützten Formen der Versorgung, Wahlmöglichkeiten in der Übernahme informeller Sorgearbeit, Verteilung informeller Sorgearbeit zwischen Männern und Frauen unabhängig vom sozio-ökonomischen Status und Migrationshintergrund sowie die soziale Wertschätzung der informellen und professionellen Sorgearbeit, die sich auch in den verfügbaren gesellschaftlichen Ressourcen zeigt.

Die Ausführungen haben erbracht, dass seit der Einführung der Pflegeversicherung eine grundlegende ambulante und stationäre Pflegeinfrastruktur bundesweit aufgebaut und auch an die veränderten Normen angepassten Versorgungsansätze entwickelt wurden. Die Mehrheit der Bevölkerung votiert für einen Pflegemix aus familiärer und professioneller Versorgung, der abhängig

vom Umfang der Reduktion familiärer Versorgung zu einer gleicheren Verteilung der Aufgaben zwischen Männern und Frauen führen kann.

Die Ausführungen verdeutlichen Grenzen in der Umsetzung, die gleichzeitig notwendige Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Pflegepolitik aufzeigen. Die Pflegeinfrastruktur und insbesondere breitere Versorgungs-, Unterstützungs-, und Beratungsstrukturen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sind nicht flächendeckend vorhanden, und aufgrund privater Kosten oder auch der Orientierung der Ansätze nicht für alle verfügbar. Trotz einer steigenden Beteiligung von Männern an der informellen Sorgearbeit bestehen nach wie vor Ungerechtigkeiten in der Arbeitsverteilung im Vergleich zu Frauen. Die Vereinbarung von Beruf und Pflege in Kombination mit unzulänglichen Formen der Unterstützung stellen informelle Pflegende weiterhin vor Herausforderungen.

Die Betonung der Freiwilligenarbeit anstelle professioneller Tätigkeiten birgt das Risiko der Entwicklung eines prekären, ungleichheits-verstärkenden Beschäftigungsfelds. Eine wichtige Herausforderung stellen auch die besonders prekären Bedingungen in der live-in Betreuung dar. Die Kommunen haben wenig Einfluss auf die grundlegende Pflegeinfrastruktur und sind für die Bewältigung der Aufgaben zu wenig finanziell ausgestattet. Grundlegende Voraussetzung für die flächendeckende, nachhaltige und gerechte Weiterentwicklung ohne prekäre Beschäftigung ist die bessere finanzielle Ausstattung der Pflegepolitik, geringere private Kosten, stärkere Steuerungskompetenz der Kommunen zur Etablierung einer angemessenen Versorgungsstruktur und eine qualitative Weiterentwicklung, wie die transkulturelle Öffnung für Ältere mit Migrationshintergrund.

Ausreichend qualifizierte Pflegekräfte bilden die Basis für die professionelle Versorgung. Die Voraussetzungen dafür bilden soziale Wertschätzung der Tätigkeit und dafür verfügbare angemessene gesellschaftliche Ressourcen. Die Maßnahmen zu erfolgreicher Rekrutierung und Bindung der Pflegekräfte zeigen unterschiedliche Effekte. Die Anstrengungen, die Ausbildungszahlen zu erhöhen waren erfolgreich und stärkten die soziale Wertschätzung der Sorgearbeit. Weitere derzeit in der Umsetzung begriffene Ansätze zur Erhöhung der Löhne oder der Personalschlüssel in der stationären Versorgung lassen widersprüchliche Ergebnisse hinsichtlich der Aufwertung und Abwertung der Tätigkeit erkennen. Wichtig für eine positive Weiterentwicklung sind bundesweit angemessene Vorgaben für Löhne und die Betonung der Qualifikation als Voraussetzung der Pflegetätigkeit (Theobald 2018).

Zur Verbesserung der Bedingungen sind auch Veränderung in den Einrichtungen notwendig. Die nachhaltige Bewältigung der Herausforderungen erfordert eine Erhöhung gesellschaftlicher Ressourcen und damit der öffentlichen Finanzierung. Die breit diskutierte Einführung einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung, die deren Finanzierungsgrundlagen erweitert und damit verbessert sowie die Stärkung der Finanzen durch einen Steuerzuschuss bilden dazu Ausgangspunkte.

Literatur

- Appel, Jan/ Schein, Corinna (2019). Projekt zur Umsetzung guter Arbeitsbedingungen in der Pflege. Abschlussbericht für den Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung. Projektträger: CURACON GmbH, Münster und Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik, Münster. https://www.pflegebevollmaechtigte.de/files/upload/pdfs_allgemein/Abschlussbericht%20des%20Projektes%20Gute%20Arbeitsbedingungen%20in%20der%20Pflege.pdf Abgerufen: 5.1.2022
- Auth, Diana./ Brüker, Daniela/ Discher, Kerstin/ Kaiser, Petra/ Leiber, Simone/ Leitner, Sigrid (Hrsg.) (2020). Sorgende Angehörige. Eine intersektionale Analyse. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Behrens, Lara/Marx, Jan-Frederik/Stratmeyer, Peter (2020). Begleitende Evaluation. Projekt zur Umsetzung guter Arbeitsbedingungen in der Pflege. Evaluationsbericht für den Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung (Auftraggeber). BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH (Auftragnehmer). Hamburg <https://paritaet-bw.de/system/files/abschnittdokumente/evaluationsbericht-gab-pflegefinal.pdf>; Abgerufen 5.1.2022
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend) (2022). Ausbildungsoffensive Pflege (2019-2023). Zweiter Bericht. Berlin.
- Bundesagentur der Arbeit (Hrsg.) (2021). Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt. Mai 2012. Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit (2022). Entgeltatlas. <https://web.arbeitsagentur.de/entgeltatlas/>, abgerufen 15.7.2022.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2020). Konzertierte Aktion Pflege. Erster Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 – 5, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2021): Konzertierte Aktion Pflege, Zweiter Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 - 5, Berlin.
- Donath, Christian/ Luttenberger, Katharina/ Gräbel, Elmar (2011). Pflegekurse – Prädiktoren der Inanspruchnahme und Qualitätserwartungen aus Sicht pflegender Angehöriger eines Demenzpatienten. Gesundheitswesen 2011 73 (01), e126-e134
- Fischer, Nils (2021). Pflege in Zeiten der Migration – Brauchen wir eine transkulturelle Pflege?. In: Bonacker, Marco/ Geiger, Gunter (Hrsg.). Migration in der Pflege. Wie Diversität und Individualisierung die Pflege verändern. Berlin: Springer Nature, S. 3-22.
- Geraedts, Max/Harrington, Charlene/ Schumacher, Daniel/ Kraska, Rike (2016). Verhältnis zwischen Qualität, Preis und Profitorientierung deutscher Pflegeheime. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundheitswesen (ZEFQ) 112, 3-10.
- Geschäftsstelle (der Ausbildungs-, und Qualifizierungsoffensive Altenpflege im Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben) (2015). Zwischenbericht zur Ausbildungs-, und Qualifizierungsoffensive Altenpflege (2012-2015). Berlin: Bundesministerium für Familien, Frauen, Senioren und Jugend.
- Greß, Stefan/ Stegmüller, Klaus (2019). Vergütung von Pflegekräften in der Langzeitpflege. In: Jakobs, Klaus/ Kuhlmei, Adelheid/ Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/ Schwinger, Antje (Hrsg.). Pflegereport 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?. Stuttgart: Schattauer, S. 159–166.
- Haun, Dieter (2020). Pflegefinanzierung in regionaler Perspektive: Ergebnisse eines Vier-Länder-Vergleichs zu den Selbstkosten der stationären Langzeitpflege. In: Jacobs, Klaus / Kuhlmei, Adelheid/ Greß, Stefan / Klauber, Jürgen/ Schwinger, Antje (Hrsg.). Pflegereport 2020.

- Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung. Springer Open: Open Access Publikation, S.191-208.
- Hackmann, Tobias/ Klein, Romy/ Schneidenbach, Tina/ Anders, Markus/ Vollmer, Janko (2016). Pflegeinfrastruktur. Die pflegerische Versorgung im Regionalvergleich. Prognos, Bertelsmann-Stiftung. Gütersloh.
- Hielscher, Volker/ Kirchen-Peters, Sabine/ Nock, Lukas (2017). Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten, Pflegeangehörige und ihre Angehörigen geben Auskunft. Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) Study 363. Düsseldorf.
- Hochgraeber, Iris/ Dortmann, Olga/ Bartholomeyczik, Sabine/ Holle, Bernhard (2015). Niedrigschwellige Betreuungsangebote für Menschen mit Demenz aus der Sicht der Betreuungskräfte. Das Gesundheitswesen, 77(05), e106-e111.
- Institut DGB-Index Gute Arbeit (2018). Berufstätige und Pflegeverantwortung. Zur Vereinbarkeit von Arbeit und Pflege. <https://innovation-gute-arbeit.verdi.de/gute-arbeit/materialien-und-studien/dgb-publikationen/++co++9ed9a146-0b28-11e8-941a-525400940f89>. Abgerufen: 10. Februar 2022
- Isfort, Michael/ Hylla, Jonas (2020). Endbericht zur Evaluation des Projekts Care for Integration. Unter Mitarbeit von Hautzer, Karla/ Klüsener, Verena/ Kowalski, Miriam Catherine. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP). Köln.
- Kremer-Preiß, Ursula/ Maetzel, Jakob/ Huschlik, Gwendolyn (2021). Neue Wohnformen für Pflegebedürftige – Mehrwert oder bloß Mehraufwand. In: Jacobs, Klaus/ Kuhlmeier, Adelheid/ Greß, Stefan/ Klauber, Jürgen/ Schwinger, Antje (Hrsg.). Pflegereport 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Springer Open: Open Access Publikation, S. 117-129.
- Kricheldorf, Cornelia/ Mertens, Angelina/ Tonello, Lucia (2015). „Im Projekt hat sich unglaublich viel getan!“ Auf dem Weg zu einer sorgenden Kommune. Handbuch für politisch Verantwortliche, Gestalter und Akteure in Baden Württembergs Kommunen. Ergebnisse und Empfehlungen aus dem Landesmodellprojekt. „Pflegemix in Lokalen Verantwortungsgemeinschaften. Katholische Hochschule Freiburg. Freiburg. https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Pflege/Pflegemix_Handbuch_2015.pdf. Abgerufen: 20. Januar 2022.
- Krobisch, Verena/ Ikiz, Dilek/ Schenk, Liane (2014). Pflegesituation von türkeistämmigen älteren Migranten und Migrantinnen in Berlin. Abschlussbericht für das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). Berlin. <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht-Ambulante-Pflegerische-Versorgung-Migranten.pdf>. Abgerufen: 06.12.21.
- Kühnert, Sabine/ Ignatzi, Helen (2019). Soziale Gerontologie. Grundlagen und Anwendungsfelder. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mäder, Susanne (2019). Wirkungen der Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz. Ergebnisse aus Fallstudien und einer Online Befragung. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Unter Mitarbeit von: Samera Bartsch, Katharina Klockgether, Zijad Naddaf, Dr. Elitsa Uzunova
- Mäder, Susanne (2020). Wirkungen der Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz.. Ergebnisse der Online-Befragung von Kreisen und kreisfreien Städten. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Unter Mitarbeit von: Samera Bartsch, Katharina Klockgether, Zijad Naddaf, Dr. Elitsa Uzunova.

- Naumann, Dörte/ Teubner, Christian/Eggert, Simon (2016). ZQP Bevölkerungsbefragung „Vereinbarkeit von Pflege und Beruf“. In: Eggert, Simon/ Naumann, Dörte/ Teubner, Christian (Hrsg.). ZQP-Themenreport. Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Zentrum für Qualität in der Pflege. Berlin. S. 73-86
- Pinquart, Martin (2016). Belastungs-, und Entlastungsfaktoren pflegender Angehöriger. Die Bedeutung der Erwerbstätigkeit. In: Eggert, Simon/ Naumann, Dörte/ Teubner, Christian (Hrsg.). ZQP-Themenreport. Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Zentrum für Qualität in der Pflege. Berlin, S. 60-72.
- Rothgang, Heinz/ Müller, Rolf (2019). Pflegereport 2019. Ambulantisierung der Pflege. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Bd. 20, BARMER (HRSG.). Berlin.
- Rothgang, Heinz/ Fünfstück, Mathias/ Kalwitzki, Thomas (2019). Personalbemessung in der Langzeitpflege. In: Jacobs, Klaus/ Kuhlmei, Adelheid/ Greß, Stefan;/Klauber, Jürgen/ Schwinger, Antje (Hrsg.). Pflegereport 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?. Berlin: Springer, S. 147–157.
- Rothgang, Heinz/Müller, Rolf (2021). BARMER Pflegereport 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Bd. 32. BARMER (Hrsg.). Berlin.
- Runde, Peter/Giese, Reinhard/ Stierle, Claudia (2003). Einstellungen und Verhalten zur häuslichen Pflege und zur Pflegeversicherung unter den Bedingungen gesellschaftlichen Wandels. Bericht. Arbeitsstelle Rehabilitations-, und Präventionsforschung. Universität Hamburg.
- Sari, Nazife/ Khan-Zvornicanin, Meggi (2018). Modellprojekt: Interkulturelle BrückenbauerInnen in der Pflege. Endbericht. Projektnehmer: Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e.V. Berlin. https://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/2018115_Modellprojekt_IBIP_Endbericht.pdf. Abgerufen: 08.12.2021
- Scheuplein, Christoph/ Evans, Michaela/ Merkel, Sebastian (2019). Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitssektor: Eine Zwischenbilanz für die Jahre 2013 bis 2018, IAT Discussion Papers 19 (1).
- Schmidt, Manuela/ Schneekloth, Ulrich (2011). Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetz“. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Schmucker, Rolf (2019). Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen: Ergebnisse einer Sonderauswertung zum DGB-Index Gute Arbeit. In: Jacobs, Klaus/ Kuhlmei, Adelheid/ Greß, Stefan/ Klauber, Jürgen/ Schwinger, Antje (Hrsg.). Pflegereport 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?. Springer Open: Open Access Publikation, S. 49–60.
- Schneekloth, Ulrich/ Geiss, Sabine/ Pupeter, Monika (2017). Abschlussbericht zur Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I). München
- Schwinger, Antje/ Jürchott, Kathrin/Tsiasioti, Chrysranthi/ Rehbein, Isabel (2016). Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Jacobs, Klaus/ Kuhlmei, Adelheid/ Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/ Schwinger, Antje (Hrsg.). Pflege-Report 2016. Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer, S. 275-328
- Schwinger, Antje/ Klauber, Jürgen/ Tsiasioti, Chrysranthi, (2019). Pflegepersonal heute und morgen. In: Jacobs, Klaus / Kuhlmei, Adelheid/ Greß, Stefan / Klauber, Jürgen/ Schwinger, Antje (Hrsg.). Pflegereport 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?. Springer Open: Open Access Publikation, S.3-20.
- Slotala, Lukas (2019). Stellschrauben mit großer Wirkung. Ansätze zur Gewinnung neuer Auszubildender in der Altenpflege. In: Jacobs, Klaus / Kuhlmei, Adelheid/ Greß, Stefan / Klauber, Jürgen/ Schwinger, Antje (Hrsg.). Pflegereport 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?. Springer Open: Open Access Publikation, S. 71-83.

- Statistisches Bundesamt (1991;2000;2010; 2019). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Fachserie 1; Reihe 4.1; 4.11; 4.12). Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2021a). Tabelle Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre, Nationalität/Geschlecht/Familienstand. Fortschreibung des Bevölkerungsstands Deutschland. Für das Jahr 1990. Abgerufen: 18.12.21.
- Statistisches Bundesamt (2021b). Ausblick auf die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland und den Bundesländern nach dem Corona-Jahr 2020. Erste mittelfristige Bevölkerungsvorausberechnung 2021 bis 1.2. 2035. Für die Jahre 2020; 2030; 2035. Abgerufen 18.12.2021.
- Statistisches Bundesamt (2021c). Neuer Beruf: 53 610 Auszubildende zur Pflegefachfrau und zum Pflegefachmann am Jahresende 2020. Pressemitteilung Nr. 356 vom 27. Juli 2021. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/07/PD21_356_212.html. Abgerufen 10. 1.2022.
- Statistisches Bundesamt (2001; 2021d). Pflegestatistik 1999; 2019. Wiesbaden.
- Theobald, Hildegard/ Szebehely, Marta / Preuß, Maren (2013). Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Die Kontinuität der Berufsverläufe – ein deutsch-schwedischer Vergleich. Berlin: Edition Sigma.
- Theobald, Hildegard (2018). Pflegearbeit in Deutschland, Schweden und Japan. Wie werden Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und Männer in die Pflegearbeit einbezogen?. Unter Mitarbeit von Holger Andreas Leidig. Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) Study 383. Düsseldorf.
- Theobald, Hildegard (2020). Sorgepolitiken und die Konsequenzen für die Gleichstellung von pflegenden Familienangehörigen: Deutschland und Schweden im Vergleich. Sozialer Fortschritt, 69,3, S. 183-201.
- Theobald, Hildegard (2021). Gute Arbeit in der Pflege? Staatliche Steuerungsversuche im internationalen Vergleich. In: Emunds, Bernhard/ Degan, Julian/ Habel, Simone/ Hagedorn, Jonas (Hrsg). Freiheit – Gleichheit – Selbstausbeutung. Zur Zukunft der Demokratie und des Sozialstaats in der Dienstleistungsgesellschaft. Jahrbuch Die Wirtschaft der Gesellschaft 6. Marburg: Metropolis, S. 391-417.
- Thum, Marcel/ Delkic, Elma/ Kemnitz, Alexander/ Kluge, Jan/ Marquardt, Gesine/ Motzek, Tom/ Nagl, Wolfgang/ Zwerschke, Patrick (2015). Auswirkungen des demografischen Wandels im Einwanderungsland Deutschland. Studie im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/11612.pdf>. Abgerufen 24.1.2022
- Vogel, Claudia/ Tesch-Römer, Clemens (2017). Informelle Unterstützung außerhalb des Engagements: Instrumentelle Hilfen, Kinderbetreuung und Pflege im sozialen Nahraum. In: Simonson, Julia/ Vogel, Claudia/ Tesch-Römer, Clemens (Hrsg). Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Open Access: Springer VS, S. 253-283.
- Wehrbein, Heike/ Hanemann, Melanie (2021). Ausgezeichnete Quartiersarbeit – Modelle für die Vernetzung von Pflege und bürgerschaftlichem Engagement. In: Jacobs, Klaus/ Kuhlmeier, Adelheid/ Greß, Stefan/ Klauber, Jürgen/ Schwinger, Antje (Hrsg.). Pflegereport 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Springer Open: Open access publication, S. 210-217.
- Yilmaz-Aslan, Yüce/ Aksabal, Tugba/ Annac, Kübra/ Razum, Oliver/ Özer-Erdogdu, Ilknur/Tezcan-Güntekin, Hürrem/ Brzoska, Patrick (2021). Diversität am Beispiel von Menschen mit Migrationshintergrund. In: Bonacker, Marco/ Geiger, Gunter (Hrsg.). Migration in der Pflege. Wie Diversität und Individualisierung die Pflege verändern. Berlin: Springer Nature, S. 155-171.

Über die Autorin

Prof. **Hildegard Theobald** ist Leiterin des Fachgebiets Organisationelle Gerontologie an der Universität Vechta und Vertrauensdozentin der Friedrich-Ebert-Stiftung.

Auflagehinweis

© 2023 Friedrich-Ebert-Stiftung Shanghai
Representative Office
Bella's Tower, 7th Floor, 705
1325 Huaihai Zhong Lu
200031 Shanghai, PR China

Verantwortlich

René Bormann | Chefrepresentant
Anna Fiedler | Projektkoordination &
Wissenschaftliche Begleitung
Tobias Beck | Projektmanager

T +86-21-6431 0026 | F + 86-21-6431 0069
<https://china.fes.de/>

Die in dieser Publikation geäußerten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung.

Die kommerzielle Nutzung aller von der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung der FES nicht gestattet.