

I.

Demographischer Wandel in Deutschland als Kernproblem für die Pflege- und Altersversorgung

Deutschlands Bevölkerung schrumpft und wird dabei immer älter. Die sinkende Zahl der Menschen im jüngeren Alter und die gleichzeitig steigende Zahl älterer Menschen verschieben den demografischen Rahmen in bisher nicht gekannter Art und Weise. Jede zweite Person in Deutschland ist heute älter als 45 und jede fünfte Person älter als 66 Jahre. Andererseits hat sich die Bevölkerung im letzten Jahrzehnt durch mehr Zuwanderung und Geburten etwas „verjüngt“. So kamen seit 2010 stets mehr Menschen nach Deutschland als aus Deutschland weggezogen sind. Der Wanderungsüberschuss war besonders bei den Menschen im jüngeren und mittleren Alter deutlich. Im Durchschnitt der letzten zehn Jahre sind die Geburtenzahlen gestiegen. Zwischen 2013 und 2022 kamen infolgedessen insgesamt 767 000 (+11,3%) Kinder mehr zur Welt als im Jahrzehnt zuvor. Trotz dieser Zunahme besteht weiterhin ein Geburtendefizit, der demografische Wandel wird durch diese Entwicklung nur leicht abgemildert. Die Geburtenrate hat sich in den letzten 60 Jahren fast halbiert, damit auch das Potential der zukünftig für die Versorgung der Älteren aufkommenden Menschen. Gleichzeitig steigt die Lebenserwartung mit Ausnahme der Pandemie-Jahre weiter an, wodurch die Gesellschaft altert.

Dieser demografische Wandel gilt nicht nur in Deutschland, sondern in vielen Industrienationen als einer der Megatrends und sorgt für einige der verzwicktesten Herausforderungen unserer Zeit. Zum einen stellt der wachsende Anteil an älteren Menschen das deutsche Renten- und Pflegesystem vor eine große Belastungsprobe, insbesondere da die geburtenreichen Jahrgänge der Babyboomer ins Renteneinstiegsalter kommen. Zum anderen hat der sinkende Anteil der jüngeren Bevölkerung und von Menschen im erwerbsfähigem Alter Konsequenzen für den Arbeitsmarkt und könnte den Fachkräftemangel in Zukunft noch weiter verschärfen. Dabei stellt sich die Problematik mit tendenziellen Unterschieden zwischen „Metropolregionen“ und dem „ländlichen Raum“ dar: Die Bevölkerungszahl ist in den Großstadtregionen in den letzten Jahren überproportional angestiegen. Im Jahr 2022 lebten 3,3 Millionen Menschen mehr in diesen Regionen als noch 2012 (+ 5,8 %). Im restlichen Deutschland wuchs die Bevölkerung im gleichen Zeitraum nur um 2,2 % an. Zugleich verschärft sich in diesen Regionen der Wettbewerb um Fachkräfte und nutzbare Flächen (Wohnen und Arbeiten).

Angaben basieren auf Zahlen des Statistischen Bundesamts 2024

Diese demographische Entwicklung stellt **Herausforderungen und Chancen in drei zentralen Themenfeldern** der Versorgung von alten und pflegebedürftigen Menschen:

1. **Finanzierbarkeit der Versorgungssysteme**
2. **Human Resources**
3. **Migration und Altersversorgung**

1. Finanzierbarkeit der Versorgungssysteme

Die Herausforderung betrifft die im Kern auf einem Generationenvertrag („jung versorgt alt“), der Eigenvorsorge (Familiengründung und Vermögensbildung) und der staatlichen Finanzierung über eine lohnabgabenfinanzierte Sozialversicherung (Renten-, Pflege- und Krankenversicherung) oder Steuern (Infrastruktur) beruhende Altersvorsorge.

Grundsätzlich bedarf es mit Blick auf die beschriebenen Entwicklungen des demographischen Wandels einer **Reform im System der Sozialversicherung**, besonders der Renten- und Pflegeversicherung. Auch die Krankenversicherung wird in Folge der Überalterung der Gesellschaft vor vergleichbaren Anforderungen stehen, wenn auch deren Thematik von Finanzierung und Leistung sich auf alle Altersgruppen der Gesellschaft bezieht.

Eine weitere Finanzierung der sozialen Absicherung allein aus Lohnabgaben wird nicht tragfähig sein. Die verdeckte und stetig steigende Finanzierung aus dem Bundeshaushalt zeigt dies auf und erhöht mit der allgemein angespannten Haushaltslage den Handlungsdruck. Der Einbezug anderer Einkünfte (Kapitalerträge) in die Beitragserhebung, eine klar zweckdefinierte und unmittelbare Steuerfinanzierung (durch unmittelbare Steuern oder Bildung von Vorsorgefonds nach skandinavischem Vorbild), wie auch die Schaffung einer allgemeinen Bürger-Grundversicherung sind Wege, auf die sich politisch geeinigt werden muss, wenn man den Kollaps der Systeme verhindern will. Eine alternde Gesellschaft wird höhere Kosten der Versorgung im Alter und bei Pflege verändert verteilen müssen.

Aber nicht nur die Herkunft der Mittel ist zu klären, auch bedarf es einer **Neuausrichtung der Finanzierung des Gesundheits- und Sozialwesens**. Der Ansatz eines freien Marktes, dessen Kräfte über die Selbstregulation von Angebot und Nachfrage wirken, missachtet die Ausrichtung auf eine soziale Marktwirtschaft und zeigt sich in den Fehlentwicklungen seit Einführung der Pflegeversicherung und den Gesundheitsreformen der 90er-Jahre. Das Segment der Pflege wird nicht allein durch „Marktmechanismen“ in die erforderliche Richtung entwickelt, sondern durch die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen durch den Staat und das Zusammenwirken der Akteure im Gesundheits- und Sozialwesen. Leistungen der Pflege werden maßgeblich aus Mitteln der Steuer und Sozialversicherung finanziert. Dies sind Mittel der Allgemeinheit, die dem Allgemeinwohl zufließen müssen. Pflegekonzerne und Investoren, die sich Segmente herauspicken, solange sie Renditen erzielen, schaffen



keine nachhaltigen Versorgungsstrukturen. Regionale Wohlfahrtsorganisationen arbeiten nach Prinzipien der Wirtschaftlichkeit, nicht der Renditeoptimierung und verstehen sich als ein Teil einer am Gemeinwohl orientierten gemeinsamen sozialen Infrastruktur.

Das **Prinzip der Subsidiarität** in der sozialen Sicherung muss wieder als eine der Grundzüge deutscher Sozialpolitik erkennbar werden. **Wohlfahrtsverbände und freie Träger, die dem Prinzip der Gemeinnützigkeit folgen, sind bevorzugt in den Bereich der Sicherung einer sozialen Infrastruktur zu beauftragen.** Für die Sicherung der Pflege und Altersversorgung sind Träger zu bevorzugen, die als Komplexträger alle Leistungssegmente von der vor-institutionellen Unterstützung, über die ambulante Versorgung bis zur stationären Versorgung absichern. Länder und Kommunen müssen wieder **eine echte Bedarfsplanung der Alters- und Pflegeversorgung** aufstellen. Dort, wo Dienste und Einrichtungen fehlen, hat es durch Land und Kommunen eine Sicherung der Infrastrukturentwicklung zu geben. Flächen für Pflegeeinrichtungen sind auszuweisen und bereit zu stellen, oder Bedingungen einer Refinanzierung sind zu schaffen. Einrichtungen müssen dort entstehen, wo der Bedarf besteht. Und Träger müssen beauftragt werden, die nicht nur einzelne profitverdächtige Segmente abdecken, sondern alle Versorgungsleistungen anbieten, oder über Kooperationen sicherstellen können.

Die Abschaffung des Kostendeckungsprinzips ist zu hinterfragen und das unechte Preisfindungssystem der Kostenträger ist durch **einen transparente Kosten- und Wirtschaftlichkeitsnachweis unter verbindlichen Refinanzierungsregeln** zu ersetzen.

2. Human Resources – der „Faktor Mensch“ in der Pflege

Pflege beruht auf dem Dienst von Menschen am Menschen. Ob pflegende Angehörige, unterstützende gering qualifizierte Betreuungs- oder Haushaltskräfte oder hoch qualifizierte Fachkräfte, bei allen vorstellbaren digitalen oder automatisierten Entlastungen, bedingt Pflege und Betreuung immer einen erheblichen Einsatz von zeitlichen Ressourcen durch Menschen (aus Familie, Haupt- oder Ehrenamt).

Bis in die 80er Jahre hat die Familie den wesentlichen Beitrag zur Altersvorsorge dargestellt. In der modernen westlichen Gesellschaft trägt dieses Modell nur noch zum Teil, andere Lebensgemeinschaften außerhalb des klassischen Familienbildes und Single-Haushalte nehmen einen zunehmenden Anteil der Gesellschaft ein.

Es bedarf der Diskussion: Welchen Beitrag leistet jede*r als Teil der Gesellschaft, in unterschiedlicher Form für die gesellschaftliche Aufgabe der Alters- und Pflegefürsorge? Sind es die eigenen Kinder, die Versorgungsleistungen übernehmen, sind es höhere finanzielle Beiträge des Einzelnen für das Versorgungssystem, sind es praktische Beiträge zur Sicherung des Systems (Soziale Jahre, Ehrenamt)? Ist das vorhandene Vermögen der älteren Generation eine reine Erbmasse, oder muss dieses nicht auch angemessen zur Daseins-Absicherung herangezogen werden?



Perspektiven am Pflege-Arbeitsmarkt sind herausfordernd. So erreichen laut Pflegereport 2024 der DAK in den nächsten zehn Jahren etwa 250.000 Mitarbeitenden das Renteneintrittsalter, was über 20 Prozent der Angestellten betrifft. **Die Berufsausbildung in der Pflege muss daher attraktiv sein, deren beruflichen Bedingungen müssen das Bleiben und Aufstiege sichern.** Neue Arbeitsformen in der Pflege und neue Berufsbilder müssen etabliert werden. Neben der Ausbildung zur Pflegefachkraft, werden Assistenzberufe immer wichtiger werden, um die Versorgung zu sichern. Es braucht ein positives Selbstverständnis der Pflegefachkräfte, eine wirkungsvolle berufsständische Vertretung, aber auch Arbeitgeber, die nicht nur ein positives Bild des Arbeitsfeldes zum Selbstzweck fördern, sondern tatsächlich neue und agile Arbeitsorganisationsformen auch in der Pflege fördern. Die Entwicklung der neuen stationären Pflegeorganisation mit digitaler Kommunikation und differenzierten, qualifikationsorientierten Aufgabenprofilen der Caritas Köln ist hier ein echtes **Pilotmodell in der Region.**

Die Finanzierung einer bundeseinheitlichen Ausbildung und weiterer neuer Berufsbilder, muss auch über eine bundesweite Regelung gefördert werden. Auch hier besteht noch eine landesrechtliche Vielfalt, der es den Akteuren in der Entwicklung der Berufe in der Pflege nicht einfacher macht.

Die Inhalte der Pflegeausbildung wurden vereinheitlicht, durch das Pflegeberufegesetz. **Aber die personelle Ausstattung der Pflege, ob ambulant oder stationär, bleibt weiterhin ein Flickenteppich landesrechtlicher Regelungen, die sich offensichtlich primär an der jeweiligen Haushaltslage und Wirtschaftskraft des Bundeslandes orientieren.** Die Umsetzung der „neuen Personalbemessung“ aus der breit diskutierten Rothgangstudie über den §113c des SGB XI darf als gescheitert, mindestens aber nicht der Zielformulierung der bundesweit einheitlichen Personalbemessung als erfolgreich, bezeichnet werden. Hier muss auch auf Bundesebene nachgebessert werden.

Pflege und Betreuung bieten Chancen zur Nutzung der Digitalisierung (u. a. Vernetzung der an der Versorgung Beteiligten) und Entlastung der knappen menschlichen Ressourcen. **Der Einstieg in die Telematik-Infrastruktur ist richtig, bedarf aber der ernsthaften Umsetzung aller beteiligten Akteure, der Leistungserbringer, wie auch der Kostenträger.** Nicht zuletzt darf diese wichtige Investition in die Zukunft nicht an Hürden des Datenschutzes, mangelhafter Investitionsbereitschaft, einer Bürokratisierung der Systeme oder einer Innovationsfeindlichkeit von Institutionen scheitern. Entbürokratisierung über Digitalisierung beinhaltet auch den Mut, neue Kooperationsformen und Kommunikationswege zu beschreiten.

3. Migration und Altersversorgung

Der Ausländeranteil in Deutschland beträgt 14,6 % an der Gesamtbevölkerung. Im Jahr 2023 gab es in Deutschland laut Ausländerzentralregister insgesamt 13,9 Millionen Ausländer. Die größte Altersgruppe waren Personen zwischen 30 und 34 Jahren: 813.900 männliche Personen der ausländischen Bevölkerung sowie 689.940 ausländische Frauen aus dieser Altersgruppe lebten 2023 in Deutschland. Mit Blick auf



die demographische Entwicklung bietet Migration Chancen und Herausforderungen zugleich. Neben dem positiven Effekt der „Verjüngung“ der Bevölkerung durch Zuwanderung, besteht mit Blick auf die Pflege und Altersfürsorge, zugleich der Anspruch einer gezielten Steuerung auf Zuwanderung von Fachkräften.

Mittelfristig wird Migration und Pflege die Frage die **Ausrichtung der Leistungsangebote auf die Anforderungen von Menschen mit Migrationshintergrund** klären müssen. Kurzfristig werden aber die Möglichkeiten und **Herausforderungen der Integration** und auch **aktiven Werbung für das Arbeitsfeld Pflege** im Vordergrund stehen.

Zahlen über den Anteil der Beschäftigten in der Pflege mit Migrationshintergrund sind schwer zu belegen. Der „Sachverständigenrat für Integration und Migration“ spricht 2022 von 21,2 % der Kräfte im Sozial- und Gesundheitswesen. Tatsächlich dürfte die Quote je nach Arbeitsfeld aber höher liegen. In den Einrichtungen der Altenpflege der Caritas sind aktuell ca. 1/3 der Mitarbeiter tätig, die Nicht-Deutsche sind oder einen unmittelbaren Migrationshintergrund haben. In den unterschiedlichen Pflegeausbildungen sind dies sogar über 50%. Es ist erkennbar: desto jünger die Mitarbeitenden, desto höher die (nicht immer eindeutige) Zuordnung zur Gruppe der „Migrant*innen“.

Die **Werbung von Nachwuchs für Pflegeberufe** wird sich daher verstärkt den jungen Menschen mit Migrationshintergrund zuwenden und auch in der Begleitung der Auszubildenden fördernde Maßnahmen sichern müssen (**Sprachförderung, Vermittlung interkultureller Kompetenz, Wertekompass Pflegeberuf**).

Mit der durch den Fachkräftemangel unumgänglichen neuen Arbeitsorganisation werden zwingend differenzierte Tätigkeitszuordnungen auf bestehende und neue Qualifikationsniveaus erforderlich. Das **Zusammenwirken von akademischen Kräften, fachqualifiziert examinierten Pflegefachleuten, Menschen mit neuen teilqualifizierten Assistenzberufen und zusätzlichen geringqualifizierten Helfern, ist der Schlüssel gegen den Fachkräftemangel in der Pflege**. Wenn es gelingt, die Potentiale von Menschen mit aktuellem Migrationshintergrund sowohl in der Ausbildung als auch auf die hohen Bedarfe von Hilfskräften in einfachen Tätigkeiten der Hauswirtschaft und Tagesbegleitung zu lenken, liegt hier eine echte Chance. Gerade ein **neues und abgestuftes Qualifikationsmodell in der Pflege** kann hier Vorbild sein für eine Entwicklung und Integration von Menschen mit Migrationshintergrund in den Arbeitsmarkt.

Die Anwerbung von bereits qualifizierten Fachkräften für die Pflege aus dem Ausland hat hingegen besondere **Hürden**:

- a) Der innereuropäische Arbeitsmarkt bietet für die Pflege- und Gesundheitsberufe kaum Chancen, da hier fast alle europäischen Länder einen aktuellen oder entstehenden Bedarf am eigenen Arbeitsmarkt haben.
- b) Der weltweite Arbeitsmarkt kennt nur in wenigen Ländern den Sektor der „Altenpflege“. In den meisten Ländern außerhalb der westlichen Industriestaaten

(Europa, Nordamerika, Japan/Korea) besteht das klassische Berufsbild der „Nurse“ oder „Krankenschwester“. Deren Gewinnung oder Integration in das deutsche Gesundheitswesen kann ggf. gelingen; für die ambulante oder stationäre Altenpflege, deren Herausforderungen wir hier benennen, sind die Potentiale jedoch eher überschaubar. Auch die Anforderung der Sprache Deutsch stellt eine Hürde dar: Wissenschaft, IT oder der Finanzsektor können Englisch als allgemeine Grundsprache nutzen – in der Altenpflege führt zunächst kein Weg an der deutschen Sprache vorbei.

- c) Bürokratische Hindernisse behindern die Anerkennung der Berufsabschlüsse oder es fehlen überhaupt Möglichkeiten, durch eine Nachqualifizierung den Abschluss den deutschen Anforderungen anzugleichen.

II.

„Pflegenotstand“ vor Ort in Köln: Ein kritischer Blick auf die aktuelle und zukünftige Situation

Nach § 7 des Alten- und Pflegegesetz (APG) des Landes NRW, haben Städte und Kreise im Land seit dem Jahr 2015 die regelmäßige Verpflichtung

1. der Bestandsaufnahme der Angebote,
2. der Feststellung, ob qualitativ und quantitativ ausreichend Angebote zur Verfügung stehen und
3. der Klärung der Frage, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen zur Herstellung, Sicherung oder Weiterentwicklung von Angeboten erforderlich sind.

Auf Grundlage dieser Erhebungen müssen Kreise und Städte eine verbindliche und zukunftsorientierte Bedarfsplanung über einen Zeitraum von drei Jahren darstellen, und vor allem die Angebote an Pflegeeinrichtungen bewerten, ob diese den örtlichen Bedarf abdecken oder in welcher Höhe zur Bedarfsdeckung zusätzliche Kapazitäten erforderlich sind. Der „Dritte Bericht zur Kommunalen Pflegeplanung der Stadt Köln“ wurde im Jahr 2024 veröffentlicht und in verschiedenen Gremien und Konferenzen vorgestellt und kommuniziert. Welche Bedeutung hat dieser Bericht und welche Einschätzung vertreten wir im Kontext zu dessen Aussagen und Ergebnissen?

Nicht nur vielleicht, sondern mit Gewissheit gilt: Die Verschärfung des Pflegenotstandes in Köln ist Realität! Die Situation der Versorgung mit Pflege in Köln verschärft sich immer weiter.

In der Ambulanten Pflege müssten laut Pflegebericht der Stadt nur zur Aufrechterhaltung der aktuellen Versorgungsstrukturen bis zum Jahr 2040 knapp 38% mehr Pflegedienste und Pflegemitarbeiter tätig werden. Dies bei einer aus der Demographie bedingt gleichzeitig zu erwartenden Abnahme der Eigenleistungen verfügbarer pflegender Angehöriger!

Stieg das Angebot der stationären Pflege in Köln von 1997 bis 2009 noch von 6.653 um +1.024 Plätze auf 7.677 Plätze, so ist dieses Stand 2022 auf 7.256 Plätze zurückgegangen und erreicht bei Umsetzung aller konkret geplanten Bauprojekte mit

7.481 Plätzen nicht einmal den Bestand von vor 15 Jahren. Gründe für den trotz Mehrbedarf faktisch erfolgten Schwund der Plätze lassen sich in dem gesetzlich vorgeschrieben Abbau von Doppelzimmern (nur maximal 20% sind heute noch zulässig) und der deutlichen Verschlechterung der Finanzierungsbedingungen für die Träger (Streichung der direkten Bau-Förderung und Verlängerung der Abschreibungsfristen von 25 auf 50 Jahre), sowie der ersatzlosen Stilllegung einzelner nicht sanierungsfähiger Einrichtungen (oder deren nicht investitionswilliger Träger) finden.

Wenn wir die im Pflegebericht aufgrund der demographischen Entwicklungen prognostizierten Bedarfe an stationärer Pflege zugrunde legen, besteht im Jahr 2040, also schon in 15 Jahren, ein Bedarf von 10.191 Pflegeplätzen, also von +2.925 zusätzlichen Plätzen der stationären Versorgung, ein Mehrbedarf von 40%. Bei einer Regelplatzzahl von 80 Plätzen wären dies etwa 37 zusätzliche Einrichtungen, die nun zeitnah zu finanzieren und bauen wären. Das wird nicht umsetzbar sein und den Notstand noch verschärfen.

Tabelle 28: Zukünftiger Entwicklungsbedarf in ausgewählten Bereichen – Variante (a)

Zukünftiger Entwicklungsbedarf in ausgewählten Bereichen Variante (a): Aufrechterhaltung der derzeitigen Versorgungsdichte						
Angebotsform	Wohnen mit Service	ambulante WG	ambulante Pflegedienste	Tagespflege	Kurzzeitpflege	vollstationäre Pflege
Jahr	Plätze	Plätze	Personal	Plätze	Plätze	Plätze
Versorgungsstand 2022						
2022	3.639	176	4.056	384	564	7.256
Rechnerischer Bedarf bei gleicher Versorgungsdichte						
je 100 ab 80 Jahre	5,7	0,3	6,4	0,6	0,9	11,4
2030	3.681	178	4.103	388	571	7.341
2035	3.834	185	4.273	405	594	7.645
2040	4.253	206	4.740	449	659	8.480
2050	4.865	235	5.422	513	754	9.701
Differenz gegenüber Versorgung 2022						
2030	42	2	47	4	7	85
2035	195	9	217	21	30	389
2040	614	30	684	65	95	1.224
2050	1.226	59	1.367	129	190	2.445

Quelle: Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.
Summenabweichungen können rundungsbedingt auftreten.

Quelle: *Dritter Bericht zur Kommunalen Pflegeplanung der Stadt Köln, S. 153*

Anlage zum Handout:

Positionspapier „**Pflege auf die politische Agenda setzen!**“ des VKAD (Verband katholischer Altenhilfe n Deutschland e. V.)