In Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat, pflege.de und der Schlüterschen

03/15

monitor PFLEGE

Fachzeitschrift zur Versorgung, Management und Forschung in der Pflege

Interview mit Jens Spahn, bis Juni Gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion im Deutschen Bundestag: „Wissenschaftlichen Ansatz stärken."

Mangel in jedem 5. Haus

Während der Gesetzentwurf zur Krankenhausreform neue und erhebliche Anforderungen an die Kliniken formuliert, fehlt vielen Häusern schon heute das Personal.

58,8 % sind dafür

Sprechen sich Berliner Pflegefachpersonen eher für oder gegen eine Pflegekammer aus? Das war die zentrale Frage einer Akzeptanz-Studie in Berlin.

Relevante Indikatoren

Welche Maßnahmen für eine nachhaltige Pflegequalität in Einrichtungen der Langzeitpflege sind relevant? Das Projekt EQisA gibt darauf Antworten.

ISSN 2364-0308

Prof. Dr.
Reinhold Roski
Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung“ und „Monitor Pflege“ sowie Professor für Wirtschaftskommunikation im Fachbereich Informatik, Kommunikation und Wirtschaftder Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin.

Eine ganze Menge geschafft

>> **MoPf-Interview mit Jens Spahn, bis Juni 2015 Gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion** > S. 6 ff.
In dieser Ausgabe bringen wir das letzte Interview von Jens Spahn in seiner Funktion als Gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. Denn seit Juli 2015 ist er Parlamentarischer Staatssekretär beim Bundesminister der Finanzen. Jens Spahn zieht sein Resümee der ersten Hälfte der aktuellen Legislaturperiode und sagt, was bis 2017 noch zu erwarten ist. Tatsächlich ist bereits eine ganze Menge geschafft worden, was vorher zum Teil lange auf sich warten ließ: Versorgungsstrukturgesetz, Pflegereformen, Krankenhausstruktur, Versorgungsstärkungsgesetz, Präventionsgesetz, Zusatzbeitrag abgeschafft, Anerkennungsgesetz für im Ausland erworbene Berufsqualifikationen.
Jetzt sollen kommen: Neudefinition des Pflegebegriffs mit fünf Pflegegraden, Pflegeberufegesetz mit der Zusammenführung der Ausbildungen in der Altenpflege, Kranken- und Kinderkrankenpflege, Pflegekammern in den Bundesländern, neue Regelung des „Pflege-TÜVs“ mit dem Pflegestärkungsgesetz II. „Ziel ist, einen neuen „Pflege-TÜV“ stationär zum 1.1.2018 sowie für den ambulanten Bereich zum 1.1.2019 auf den Weg zu bringen.“ Das ist noch ein großes Programm bis 2017. Jens Spahn fasst es hier „kurz und knapp“ zusammen. Sehr interessant und lesenswert. 1 ff.

Neukonzeption des „Pflege TÜV“, Gehälter und Personalmangel
Genaueres zum Vorschlag des Pflegebevollmächtigten, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, zur Neuaufstellung des „Pflege TÜV“ mit den beiden Schritten: 1. Aussetzung der Pflegenoten zum 1. Januar 2016 und 2. Neukonzeption des „Pflege-TÜVs“ und der Entscheidungsstrukturen mit dem Ziel der Einführung 2018/2019. > S. 8 ff.
Sehr interessant sind auch die Übersichten zu den Gehältern in der Alten- und Krankenpflege sowie eine Studie zum Personalmangel in deutschen Krankenhäusern. > S. 12 f. > S. 14

Wissenschaftliche Beiträge
Büscher und ***Holle*** *präsentieren ein Konzept zur häuslichen Pflegeberatung im Rahmen der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI zu den Themen familiales Netzwerk, Finanzierung, pflegepraktische Fragen, erweitertes Netzwerk und Entlastungsmöglichkeiten. In einer Erprobung hat sich das Konzept als geeignet erwiesen sowohl für die Beratungsbesuche als auch für die Weiterentwicklung von Beratungsansätzen zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements.* > S. 15 ff.
Kollak u.a. *beschreiben ihre Studie zur Akzeptanz einer Pflegekammer in Berlin, die von der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales initiiert wurde. Diese Studie wurde seit August 2014 in einem systematisierend-sequentiellen Mix-Method-Design durchgeführt und kombiniert eine repräsentative Haupterhebung mit einer qualitativen Expertenbefragung. 1.196 Berliner Pflegefachpersonen nahmen teil, 58,8 % sprachen sich für eine Pflegekammer in Berlin aus.* > S. 20 ff.
Kelleter *referiert die Ergebnisse aus dem Projekt „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe – EQisA“ zu pflegewissenschaftlichen Indikatoren zur Ergebnisqualität und zu den Wirkungen von internem Qualitätsmanagement und externen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Die Qualität einer Pflegeeinrichtung kann nicht auf wenige Ergebniskennzahlen reduziert werden. Dadurch ist allerdings die Erfassung und Nutzung von Qualitätskennzahlen eine erhebliche fachliche Herausforderung. Dabei haben die Führungen der Einrichtungen eine entscheidende Schlüsselfunktion.* > S. 25 ff.
Ammende *stellt die Anerkennungsverfahren ausländischer Berufsabschlüsse in der Pflege dar, die in Deutschland in den jeweiligen Bundesländern sehr unterschiedlich umgesetzt werden. Die Akademie des Städtischen Klinikums München hat ein Verfahren entwickelt, mit dem Antragstellern ein qualifizierter pragmatischer Weg in das deutsche Pflegesystem geebnet wird.* > S. 30 ff.

Ich wünsche Ihnen interessante Lektüre mit vielen Informationen, die Sie für Ihre Arbeit nutzen können. Und genießen Sie den herrlichen Sommer.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr
Professor Dr. Reinhold Roski
Herausgeber „Monitor Pflege“

monitor PFLEGE

Fachzeitschrift zur Versorgung, Management und Forschung in der Pflege

03/15 1. Jahrgang

INHALT

Eine ganze Menge geschafft 2/4
Editorial: MoPf-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

„Transparenz und Ziele“
Editorial: MoPf-Chefredakteur Peter Stegmaier

„Wissenschaftlichen Ansatz stärken“ 6
Interview mit Jens Spahn, bis Juni Gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion im Deutschen Bundestag

„Bringt mehr Transparenz“ 8
Neukonzeption des „Pflege TÜV“

Projekt zum Bürokratieabbau 9
Aktive Teilnahme an Ein-STEP.de

Gehälter Fachkräfte in der Alten- und Krankenpflege 12
Infoseiten mit Charts

Personalmangel in jeder fünften Klinik 14
Studie legt großen Mangel an personellen Ressourcen in deutschen Krankenhäusern offen

WISSENSCHAFT

Pflegeberatung nach § 37 Abs.3 SGB XI: Unterstützung häuslicher Pflegearrangements 15
Prof. Dr. Sc. (Health) Andreas Büscher / Dr. rer. medic. Bernhard Holle, MScN

Studie zur Akzeptanz einer Pflegekammer in Berlin – Design, Erfahrungen, und erste Ergebnisse 20
Prof. Dr. phil. Ingrid Kollak / Stefan Meyer, M.A. / Joachim Kuck, M.Sc., MPH

Qualitätsindikatoren und Effekte zur Qualitätssicherung 25
Dr. P.H. Heidemarie Kelleter M.A.

Anerkennungsverfahren für Personen mit ausländischem Berufsabschluss in der Kranken- und Kinderkrankenpflege 30
Dipl.-Pflegepäd. Rainer Ammende

Herausgeber

Prof. Dr. Reinhold Roski
Professor für Wirtschaftskommunikation im Fachbereich Informatik, Kommunikation und Wirtschaft der Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin.

Herausgeber-Beirat

Wissenschaftlicher Beirat

Univ.-Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
Universität Witten Herdecke

Dipl.-Volksw. Nadine-Michèle Szepan
AOK-Bundesverband

Franz Wagner MSc, RbP,
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) – Bundesverband e.V., Berlin

Andreas Westerfellhaus RbP
Präsident, Deutscher Pflegerat e.V. – DPR, Berlin

Praxis-Beirat

Harm van Maanen
Geschäftsführer der Schlütterschen Verlagsgesellschaft

schlütersche

Hinweis der Red.: Aus Gründen der Anerkennung und Fairness wird in allen redaktionellen Beiträgen, in denen es um Pflegende geht, möglichst nur die weibliche Form verwendet, wohlwissend und wertschätzend, dass Pflege auch durch männliche Personen ausgeübt wird.

Impressum Monitor Pflege

Monitor Pflege
Fachzeitschrift zur Versorgung, Management und Forschung in der Pflege

1. Jahrgang/ISSN 2364-0308

Verlags-/Erscheinungsort
Bonn, Bundesrepublik Deutschland

Verlag
eRelation AG - Content in Health
Vorstand: Peter Stegmaier
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
www.erelation.org
mail@erelation.org
Verlagsleitung: Peter Stegmaier

Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo
Anke Heiser (verantwortlich für den Anzeigenteil)
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-7638280-0
Fax +49-(0)228-7638280-1
heiser@monitor-pflege.de
Es gilt die Anzeigenpreisliste 1 vom 1.1.2015

Herausgeber
Prof. Dr. Reinhold Roski, Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin
roski@monitor-pflege.de

Chefredaktion
Peter Stegmaier
(verantwortlicher Redakteur)
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-7638280-0
Fax +49-(0)228-7638280-1
stegmaier@monitor-pflege.de

Redaktion
Jutta Mutschler
mutschler@monitor-pflege.de
Olga Gilbers
gilbers@monitor-pflege.de

Marketing/Online
Anke Heiser
heiser@monitor-pflege.de
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49 228 7638280-0
Fax +49 228 7638280-1

Abonnement
Monitor Pflege erscheint viermal jährlich. 4 Ausgaben kosten 60 Euro zzgl. Versandkostenanteil in Höhe von 6,14 Euro pro Jahr in Deutschland (Versandkosten Ausland: 54 Euro). Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht spätestens sechs Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres schriftlich gekündigt wird. Jahresvorzugspreis für Studenten gegen Vorlage einer Immatrikulationsbescheinigung 60 EUR zzgl. jew. Versandkostenanteil. Preisänderungen vorbehalten.

Layout
eRelation AG, Bonn

Druck
Kössinger AG - Fruehaufstraße 21
84069 Schierling - info@koessinger.de - Tel +49-(0)9451-499124
Printed in Germany

Urheber- und Verlagsrecht
Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme des Manuskripts gehen das Recht zur Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Verlag über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. In der unaufgeforderten Zusendung von Beiträgen und Informationen an den Verlag liegt das jederzeit widerrufliche Einverständnis, die zugesandten Beiträge bzw. Informationen in Datenbanken einzustellen, die vom Verlag oder Dritten geführt werden.

Peter Stegmaier
Chefredakteur von „Monitor Pflege“ und „Monitor Versorgungsforschung“

Transparenz und Ziele

>> „Die Gesamtnote in der stationären Pflege wird aus 59 Einzelkriterien gebildet, die vier Qualitätsbereichen zugeordnet sind. Den Schwerpunkt bildet dabei der Bereich „Pflege und medizinische Versorgung“. Jedes Kriterium wird mit Punkten auf einer Skala von 0 bis 10 bewertet. Pro Bereich wird aus diesen Punkten ein Mittelwert gebildet. Dieser ergibt eine bestimmte Note.“ Die Gesamtnote in der ambulanten Pflege wird aus 37 Einzelkriterien gebildet, die drei Qualitätsbereichen zugeordnet sind. Den Schwerpunkt bildet der Bereich „pflegerische Leistungen“. Jedes Kriterium wird mit Punkten auf einer Skala von 0 bis 10 bewertet. Pro Bereich wird aus diesen Punkten ein Mittelwert gebildet. Dieser ergibt wieder eine bestimmte Note.“
So weit, so gut, wie das auf den Seiten des GKV-Spitzenverbands beschrieben ist. Das Notensystem, für das sich der GKV-Spitzenverband, die Sozialhilfeträger und die Vertreter der Leistungserbringer zur einheitlichen Bewertung entschieden haben, klingt auf den ersten Blick ja auch nachvollziehbar und einem hinreichenden Algorythmus folgend. Einsichtig ist auch, dass als Basis für die Pflegenoten die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK), des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV) sowie gleichwertige Prüfungen genommen werden.

> S. 11 ff.

*Wo liegt denn nun das Problem? Zu dessen Lösung Bundesgesundheitsminister **Hermann Gröhe** den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patienten und Bevollmächtigten für Pflege, **Karl-Josef Laumann**, beauftragt hat, ein aussagekräftigeres System für Qualitätsprüfungen und Pflegeeinrichtungen zu erarbeiten und worauf dieser eine Neukonzeption des „Pflege TÜV“ in zwei Schritten vorgeschlagen hat. Im ersten Step sollen nun zum 1. Januar 2016 die Pflegenoten durch eine gesetzliche Regelung ausgesetzt, danach in einem zweiten eine Neukonzeption des „Pflege TÜV“ und der Entscheidungsstrukturen erfolgen.*

> S. 8

Die Antwort ist relativ einfach: Es werden wie so oft im Gesundheits- und Pflegesystem zum einen Äpfel mit Birnen verglichen, zum anderen sitzen jene auf den Rohdaten, die sie erhoben haben. Transparenz? Weit gefehlt. Es ist schon schlimm genug, dass sicher rechnerisch absolut korrekt farbig gestaltete Menükarten und Krippenspiele zur Adventszeit 1:1 mit dem Umgang mit demenzkranken Bewohnern, der sozialen Betreuung und Alltagsgestaltung oder Hardfacts wie Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene aufgerechnet werden. Dass aber die Basisdaten der MDK-Prüfberichte, auf denen die Pflegenoten basieren, bisher nicht freigegeben werden, steht auf einem ganz anderen Blatt. Darum ist es sicher zielführend, wenn im Zuge der Debatte um die Neugestaltung des „Pflege-TÜV“ der BIVA die Freigabe der Daten der MDK-Prüfberichte gefordert und ergänzend das ZQP die Entwicklung einer verbraucherfreundlichen „Basis-Scorecard“ zur besseren Informationen über die Pflegequalität von Anbietern empfohlen hat. Mal sehen, in wieweit diese Anregungen in die Debatte sowie der Prozess der Renovierung der Pflegenoten einfließen.

*Ein anderer wichtiger Punkt wurde bisher noch viel zu wenig angesprochen: Das ist die Zahl und die Güte der bisher erhobenen 59 beziehungsweise 37 Einzelkriterien. Hier stellt sich doch die Frage, ob a) die Zahl ausreichend, entweder zu hoch oder auch viel zu niedrig ist, und b) ob es überhaupt die richtigen Kriterien sind! **Dr. P.H. Heidemarie Kelleter M.A.** beschreibt in ihrem Beitrag „Qualitätsindikatoren und Effekte zur Qualitätssicherung“, wie seit 2012 im Kooperationsprojekt „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe – EQisA“ des Diözesan-Caritasverbandes Köln und des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld Indikatoren in Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden, um realistische Qualitätsbeurteilungen zu erhalten. **Realistisch!** Das ist ein wichtiges Wort! Dabei kommt es – so Kelleter – darauf an, die Komplexität von Qualität einer Pflegeeinrichtung nicht auf wenige Ergebniskennzahlen zu reduzieren, sondern diese Qualitätskennzahlen von jenen Zielen abzuleiten, die die Pflegeeinrichtungen bei der inhaltlichen Steuerung ihres Auftrages unterstützen.*

> S. 25 ff.

Diese nutzen- und vor allem kundenorientierten Ziele sollten schleunigst konsentiert werden. <<

Ihr

Peter Stegmaier,
Chefredakteur „Monitor Pflege“

Seien Sie die Ersten und melden sich kostenlos an bei:
www.wir-sind-die-pflege.de
oder
www.wearecare.net

Innovationsfond bis 2019: 1,2 Milliarden Euro

Lesen

➲ Versorgungsforschung

macht

➲ 300 Millionen Euro

reich

Wie werden die Millionen verteilt? Wer verteilt sie? Wie? Und: An wen?

Das und noch viel mehr lesen Sie in Monitor Versorgungsforschung!
Für nur 90€ inkl. Online-Zugang

www.monitor-versorgungsforschung.de/abonnement abo@m-vf.de Fax: 0228-76382801
Monitor Versorgungsforschung
ist ein Medium der eRelation AG - Content in Health
Kölnstraße 119 - 53111 Bonn - Tel. 0228 - 76 38 28 00 - mail@m-vf.de

Interview mit Jens Spahn, Gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion im Deutschen Bundestag

„Wissenschaftlichen Ansatz stärken“

Spahn, seit 2002 ist er Mitglied des Deutschen Bundestages, gehört zu den profiliertesten jüngeren Gesundheitspolitikern. Er war seit November 2005 stellvertretender Vorsitzender der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion und Obmann der CDU/CSU-Fraktion im Ausschuss für Gesundheit, und u.a. Mitglied in der Koalitionsarbeitsgruppe von CDU/CSU und SPD, die die Gesundheitsreform 2007 vorbereitete. Seit 2009 war er Vorsitzender der Arbeitsgruppe Gesundheit und gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Fraktion. Seit dem 3. Juli 2015 ist er Parlamentarischer Staatssekretär beim Bundesminister der Finanzen.

>> Herr Spahn, in der ersten Hälfte der Legislaturperiode sind eine enorme Menge an Gesetzen auf den Weg gebracht oder schon beschlossen worden, unter anderem das Präventionsgesetz, das Erste Pflegestärkungsgesetz, das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz, das Versorgungsstärkungsgesetz inklusive Innovationsfonds, das Anti-Korruptionsgesetz und das eHealth-Gesetz. Offenbar hatten sich viele Reformen angestaut. Woran lag das? War das in der Koalition mit der FDP nicht zu machen?

Wir haben in der ersten Hälfte der 18. Wahlperiode viel geschafft. Dabei haben wir zum Teil auf der guten Grundlage der letzten Legislatur aufgebaut, siehe das Versorgungsstrukturgesetz und die Pflegereformen, bzw. haben neue Bereiche wie die Krankenhausstruktur aufgegriffen. Wir haben, wie gesagt, gerade das Versorgungsstärkungsgesetz auf den Weg gebracht. Außerdem haben wir die Krankenhausreform auf den Weg gebracht, das Präventionsgesetz verbessert und den Zusatzbeitrag mit der Finanzreform abgeschafft. Nicht zu vergessen, dass die Verhandlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe bereits abgeschlossen sind. Wir als Union haben unsere Position, genauso wie der jeweilige Koalitionspartner seine Position hat. Wir verhandeln hart, egal wer das Gegenüber ist, um unsere Position durchzusetzen. Allerdings ist Politik oftmals auch ein Kompromissgeschäft. Natürlich gibt es mit jedem Koalitionspartner Schnittmengen und Reibungspunkte – sonst wären wir ja keine Koalition.

Die Politik hat nach rund 14 Jahren Diskussion um eine Pflegereform die Stufe 1 des Pflegestärkungsgesetzes auf den Weg gebracht. Welche Hindernisse waren so lange zu überwinden? Und welche liegen noch im Weg? Was will die Politik mit der Neudefinition und Stärkung des Pflegebegriffs erreichen? Sie haben die Pflege vor überzogenen Wunschvorstellungen gewarnt. Was wird sich nicht machen lassen?

Das stimmt so nicht. Bereits 2008 hatten wir eine Reform, bei der unter anderem der Pflege-TÜV, die jährliche Begehung in Einrichtungen und Verbesserungen für Demenzkranke eingeführt wurden. Die beiden Pflegereformen dieser Legislaturperiode bauen auf den Ergebnissen damaliger Vorgaben auf und erweitern die Leistungen nochmals. Und ja, wir wissen, dass das Erstgutachten des damaligen Beirates zur Überarbeitung des Pflegbedürftigkeitsbegriffs bereits seit 2009 vorliegt. Aber es war nicht für eine sofortige Umsetzung geeignet. Daher haben wir seitdem kontinuierlich daran gearbeitet und sind jetzt, unter Vorlage erweiterter Erkenntnisse und Studien in der Lage, dieses Ziel umzusetzen. Während dieser Zeit haben wir aber den Menschen, die bereits Leistungen beziehen, nicht im Regen stehen lassen, sondern haben mit Vorziehleistungen und Leistungsverbesserungen aktiv deren Pflegesituation positiv beeinflusst. Mit der jetzt anstehenden Neudefinition des Pflegebegriffs wollen wir die Menschen, die an Demenz erkrankt sind und diejenigen, die aufgrund körperlicher Gebrechen Hilfe benötigen, gleichstellen. Die Pflegeversicherung wird aber eine Teilkaskoversicherung bleiben. Ich warne daher vor zu großen Erwartungen. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird feststellen, welchen Bedarf an Unterstützung ein pflegebedürftiger Mensch in seinem Alltag tatsächlich hat. Er wird dieses in fünf Pflegegraden abbilden.

Pflege braucht genügend Menschen, die professionell pflegen können. Das erfordert sowohl eine Reform der Ausbildung als auch eine qualifizierte Zuwanderung. Wie stellt sich Ihre Partei a) zu einer Ausbildungsreform und b) zu Zuwanderung?

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat Eckpunkte für die Vorbereitung eines Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes vorgelegt. Hiermit soll das Alten- und Krankenpflegegesetz abgelöst werden. Der Fokus des Pflegeberufegesetzes liegt dabei auf der Zusammenführung der Ausbildungen in der Altenpflege, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Ziel ist es, mit der Zusammenlegung den Beruf durch mehr Durchlässigkeit und Transparenz zu schaffen und attraktiver auszugestalten. So werden sich viele neue Einsatzmöglichkeiten bilden. Wir gehen davon aus, dass auch die bestehenden Vergütungsunterschiede angeglichen werden. Ein erster Arbeitsentwurf wurde bereits auf den Weg gebracht, der jetzt mit allen Beteiligten diskutiert wird, um daraus einen Referentenentwurf zu fertigen. Mit der Neuausgestaltung verbinden wir auch die Hoffnung, dass die Pflege in Zukunft auch in der Öffentlichkeit besser angesehen wird. Denn auch das wird dringend nötig sein, wenn wir mehr Menschen als heute für diesen Beruf begeistern wollen. Deutschland braucht – nicht nur in der Pflege – Fachkräfte. Die Bundesregierung hat daher das Anerkennungsgesetz für im Ausland erworbene Berufsqualifikationen als Instrument zur Sicherung des Fachkräftebedarfs in Deutschland geschaffen. Es umfasst zum einen das Bundesgesetz, zum anderen Regelungen zur Anerkennung von Berufsqualifikationen in rund 60 bundesrechtlichen Berufsgesetzen und Verordnungen für die reglementierten Berufe, wie die Bundesärzteordnung und das Krankenpflegegesetz.

Anscheinend ist es so, dass auch die bisherige, auf ehrenamtliche Tätigkeit ausgelegte Struktur der Pflegeorganisationen die Pflege daran hindert, ihre Rolle in der Gesundheitsversorgung und in der Selbstverwaltung angemessen wahrzunehmen. Was müsste sich ändern? Wie müsste sich die Pflege ändern?

Kurz und knapp: Pflege ist kein Ehrenamt. Ehrenamtliches Engagement, gerade auch in der Familie, ist ein wichtiges Gut – allerdings ist es keine professionelle Pflege, die einen Pflegeberuf ersetzen kann. Der Organisationsgrad steigt zunehmend. In allen Bundesländern gibt es eine Debatte zur Einführung einer Pflegekammer, allerdings mit unterschiedlichem Ausgang. Das liegt auch daran, dass die Pflege in der Regel im Angestelltenverhältnis und nicht selbstverständlich in der Freiberuflichkeit ausgeübt wird. Diese Entscheidung können aber nur die Betroffenen allein entscheiden. Der Gesetzgeber sieht an den maßgeblichen Stellen bereits heute die Pflegeberufe vor. Die Organisationsform ist aber den Pflegekräften überlassen.

Zu einer anerkannten Profession gehört auch eine Kammer. Wie stehen Sie zur Einrichtung der ersten Landespflegekammern und wie zu einer Bundespflegekammer? Wenn es denn eine Bundespflegekammer gibt, müsste sie dann nicht auch einen ähnlichen Rang wie einen Platz im G-BA bekommen?

Eine Kammer kann zur besseren Vertretung des Berufsstandes beitragen, bedingt aber eine Zwangsmitgliedschaft. Hier müssen die Betroffenen abwägen und von Bundesland zu Bundesland für sich entscheiden, ob dieses gewollt ist. Und: Kammern haben keinen Sitz im G-BA.

Könnte die Pflege nicht auch ein wichtiger Partner auf dem Weg in die sektorenübergreifende Versorgung sein?

Bereits heute ist es möglich, integrierte Versorgung auch mit dem Bereich des SGB XI zu schließen. Damit können auch Anbieter der häuslichen Krankenpflege sowohl im SGB V als auch im SGB XI Partner von IV-Verträgen sein. Als Bestandteil der Heimversorgung und Krankenhausversorgung ist Pflege ebenfalls bereits dabei.

Das eHealth-Gesetz ist sicherlich ein großer Schritt nach vorn. Doch ist die Pflege dabei angemessen berücksichtigt?

Jetzt legen wir gerade die Grundlagen zu eHealth. Das bedeutet, wir sorgen dafür, dass die Telematikinfrastruktur vorhanden ist. Das ist eine zwingende Voraussetzung, die mit den vorhandenen Playern geschaffen wird. In einem zweiten Schritt kommen dann weitere Leistungserbringer dazu - so auch die Pflege. Erstmal benötigen wir eine solide Grundlage.

Beim „Pflege TÜV" haben Sie von einem Desaster gesprochen: Die Pflegenoten haben nichts gebracht. Was wäre besser? Wie sollte es weitergehen?

Wir werden mit dem Pflegestärkungsgesetz II ein neues System mit klaren Entscheidungsstrukturen schaffen. Dabei werden wir die heutige Schiedsstelle in einen Qualitätsausschuss umwandeln und mit je 10 Sitzen pro Bank ausgestalten. Wenn es hier nicht zu einer Entscheidung kommt, die künftig nicht mehr einstimmig sondern mehrheitlich zu fassen ist, wird das Gremium um drei Unparteiische erweitert. So sollen die Entscheidungsstrukturen gestrafft werden. Zudem werden die Partner verpflichtet, wissenschaftliche Aufträge zur Weiterentwicklung der Qualität zu vergeben. Zur Unterstützung des Qualitätsausschusses wird darüber hinaus eine qualifizierte Geschäftsstelle errichtet. Ziel ist einen neuen „Pflege-TÜV" stationär zum 01.01.2018 sowie für den ambulanten Bereich zum 01.01.2019 auf den Weg zu bringen.

Es gibt unzählige Qualitätsindikatoren, aber oft nicht die richtigen, um mit ihnen eine qualitätsorientierte Bedarfsplanung sowie eine qualitätsorientierte Honorierung durchführen zu können. Erheben wir seit Jahren mit viel Aufwand die falschen Qualitätsdaten? Wie kommen wir zu den richtigen Qualitätsindikatoren, sowohl in der Versorgung, als auch in der Pflege?

Es gibt immer Diskussion über „Was ist richtig?" und „Was ist falsch oder nicht geeignet?". Wir werden mit dem PSG II den wissenschaftlichen Ansatz in diesem Bereich stärken und gehen davon aus, dass die so gefunden Indikatoren geeignet sind.

Wäre die Idee des Pay for Performance auch etwas für die Pflege?

Ich glaube, dass P4P kein genereller Königsweg ist. Das zeigen auch bisherige Erfahrungen. Pflege ist ein Teilkaskosystem. Man sollte P4P zuallererst in anderen Bereichen einführen.

Was ist in der zweiten Hälfte der Legislaturperiode für die Pflege zu erwarten?

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, dessen Umsetzung lange auf sich hat warten lassen, weil das Gutachten und die ergänzende Studie erst jetzt vorliegen und die Novellierung des Pflege-TÜVs. Wir stellen das System neu auf – da wartet viel Arbeit auf alle Beteiligten. Und das wird alle Zeit und alle Kräfte bündeln.

In welche Richtung sollten die Gesundheitsreformen weitergehen? Was ist in diesem Zusammenhang ihre Perspektive für die Pflege?

Gute Versorgung für alle zu bezahlbaren Beiträgen – dazu leistet Pflege einen maßgeblichen Anteil. <<

Herr Spahn, vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führten MoPf-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MoPf-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Neukonzeption des „Pflege TÜV“

„Bringt mehr Transparenz“

Nach der anhaltenden Kritik am System „Pflegenoten“ für Pflegedienste und Pflegeheime hat Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patienten und Bevollmächtigten für Pflege beauftragt, ein aussagekräftiges System für Qualitätsprüfungen und Pflegeeinrichtungen zu erarbeiten. Nach – laut eigenen Angaben – vielen Gesprächen mit Expertinnen und Experten hat Staatssekretär Karl-Josef Laumann eine Neukonzeption des „Pflege TÜV“ in zwei Schritten vorgeschlagen. Im ersten Schritt sollen zum 1. Januar 2016 die Pflegenoten durch eine gesetzliche Regelung ausgesetzt werden. Im zweiten Schritt regt Laumann die Neukonzeption des „Pflege TÜV“ und der Entscheidungsstrukturen an.

>> Der Deutsche Berufsverband für Pflegebedürftige (DBfK) begrüßte ausdrücklich die Ankündigung Laumanns, das Moratorium für die aktuelle Form des „Pflege TÜV“ und die Erarbeitung eines neuen Konzepts. Ebenso forderte der BIVA die Freigabe der Daten der MDK-Prüfberichte. Ergänzend empfiehlt das ZQP die Entwicklung einer verbraucherfreundlichen „Basis-Scorecard“ zu besseren Informationen über die Pflegequalität von Anbietern.

„Die Pflegenoten sind gescheitert“, erklärte Laumann zur Begründung seines Vorschlags. Tatsächlich sage die heutige Gesamtnote über die echte Versorgungsqualität nichts aus und könne so als Entscheidungsgrundlage von pflegebedürftigen Menschen nicht genutzt werden. „Die Bürger brauchen messbare Kriterien, an denen sie die Qualität von Pflege und Betreuung festmachen und vergleichen können“, forderte der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patienten und Bevollmächtigte für Pflege. Laumanns Vorschlag: „Bringt mehr Transparenz für Verbraucher, nutzt bestehende Strukturen und steigert kontinuierlich die Qualität der Pflege in Deutschland.“ Und weiter: „Vor allem aber wird die Pflege mit dem Pflegequalitätsausschuss als zentralem Entscheidungsgremium und mit dem wissenschaftlichen Qualitätsinstitut endlich angemessen aufgewertet, was den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen sowie den Pflegekräften zugute kommt.“

Nach Laumanns Vorstellungen soll die gesetzliche Regelung in das Pflegestärkungsgesetz II aufgenommen werden, um den vorgestellten Zeitplan zu ermöglichen. „Aus den Fehlern der Vergangenheit kann jetzt für das neue Konzept gelernt werden“, sagt dazu DBfK-Bundesgeschäftsführer Franz Wagner. Der DBfK stelle, so Wagner in einer Presseverlautbarung, seine Expertise gern für die Entwicklung des neuen Prüfverfahrens zur Verfügung. „Mit dem jetzigen Plan kann der Pflege-TÜV tatsächlich werden, was im System gebraucht wird: ein transparentes, leistungsfähiges Verfahren zur Darstellung von Qualitätsniveaus der Pflege, das hohe Akzeptanz erhält“, so Wagner.

Als „in jeder Hinsicht begrüßenswert“ bewertet der Paritätische Wohlfahrtsverband die Initiative des Pflegebeauftragten. Auch nach Ansicht des Paritätischen seien die Pflegenoten, die derzeit vergeben werden, denkbar ungeeignet, um die Qualität von Pflegeeinrichtungen zu bewerten. Verbandsgeschäftsführer Werner Hesse: „Die Pflegenoten sind mehr Schein als Sein und gehören schon seit Jahren abgeschafft.“

Der Pflegebeauftragte Karl-Josef Laumann schlägt eine Neukonzeption des „Pflege TÜV“ in zwei Schritten vor.

Grundlage für die Benotung sei nicht die tatsächliche Pflegequalität, sondern lediglich die Pflegedokumentation. „Endlich hat ein Politiker den Mut, diesen Fehler einzugestehen und wirklich neue Wege zu gehen“, lobt Hesse, und sagte weiter: „Der von Staatssekretär Laumann angekündigte Verbraucherleitfaden ist der richtige Weg“.

Auch der Paritätische bot seine Unterstützung bei der Erarbeitung des Leitfadens an. Ebenfalls befürwortet der Verband die von Laumann geplante Einrichtung eines unabhängigen Qualitätsausschusses, der auf wissenschaftlicher Grundlage plausible Kriterien von Pflegequalität entwickelt. „Nur ein von Kassen- und Finanzinteressen unabhängiges Gremium wird das Vertrauen der Menschen finden“, betont Hesse.

Bis ein neuer „Pflege TÜV“ in Kraft tritt, sollten indes weiterhin die Einzelprüfergebnisse veröffentlicht werden. Kritisch sieht der Vorsitzende der BIVA, Dr. Manfer Steger, dass allein die Pflegekassen die Daten veröffentlichen dürfen und die Vorgaben für die Prüfzusammenfassungen erlassen sollen.

Er fordert stattdessen, dass die Daten ungefiltert allen Verbraucher-Organisationen zur Verfügung gestellt werden.

Als positiv bewertet Steger, dass in dem neuen Pflegequali-

tätsausschuss, der über die Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen ab 2018 entscheiden soll, erstmalig auch die Verbände der Pflegebedürftigen mit Stimmrecht beteiligt werden sollen.

Mit welchen Maßnahmen eine nutzerorientierte und transparente Qualitätsdarstellung gelingen könnte, erläuterte der Vorstandsvorsitzende den ZQP, Dr. Ralf Suhr: ,,Für die Darstellung von Qualität müssten Verbraucherrelevanz, Verlässlichkeit und leichte Verständlichkeit vorangestellt werden. Wir empfehlen dazu die Entwicklung einer sogenannten Basis-Scorecard."

Auf dieser Karte könne eine fundierte Auswahl aussagekräftiger, verbraucherrelevanter Daten der Pflegeangebote dargestellt werden. Neben vergleichenden Strukturdaten sollten wenige zentrale und wissenschaftlich fundierte Indikatoren erfasst werden – darüber hinaus gelte es, Festlegungen zu treffen, was gute und schlechte Qualität in der Pflege sei. Suhr: „Wir müssen den Menschen zutrauen, dass sie unter Zuhilfenahme dieser Informationen selbstbestimmte Entscheidungen treffen können." <<

Aktive Teilnahme an Ein-STEP.de

Projekt zum Bürokratieabbau

Viele Pflegekräfte sind unzufrieden mit dem Umfang des bürokratischen Aufwands in der Pflege. Das Bundesministerium für Gesundheit hat daher ein Projekt zum Bürokratieabbau in der Pflege finanziell unterstützt, an dem sich 26 stationäre Pflegeeinrichtungen und 31 ambulante Pflegedienste beteiligt haben. Ziel war es, verschiedene Vorschläge zum Abbau von Bürokratie in der Pflegedokumentation zu finden. Das Konzept einer veränderten Dokumentationspraxis war zuvor von der damaligen Ombudsfrau für Entbürokratisierung in der Pflege, Elisabeth Beikirch, zusammen mit Fachleuten aus Praxis und Wissenschaft entwickelt worden.

>> Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung hatte Anfang 2015 ein Projekt zur bundesweiten Einführung des Strukturmodells aufgelegt, um gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Kosten- und Einrichtungsträger sowie Vertretern der Betroffenenverbände und der Länder das neue Modell umzusetzen. Das Projektbüro ist für die zentrale Koordination der bundesweit angelegten Aktivitäten verantwortlich. Es hat die Aufgabe, die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen bundesweit bei der Umsetzung der neuen Pflegedokumentation zu unterstützen und erstellt die erforderlichen Schulungsmaterialien für eine qualitätsgesicherte Einführung des Strukturmodells. Die zentrale Projektsteuerung erfolgt in enger Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft BAGFW und dem bpa.

Das beauftragte Projektbüro mit der ehemaligen Ombudsfrau zur Entbürokratisierung in der Pflege, Elisabeth Beikirch, schulte bis Mitte Juni in zehn Städten insgesamt 650 von den Verbänden der Einrichtungsträger benannte Experten zum vereinfachten Dokumentationskonzept („Strukturmodell"). Diese Multiplikatoren sollen nun ihr Wissen über das Strukturmodell in die Verbände hineintragen, Schulungen für Pflegeeinrichtungen anbieten und den Einrichtungen vor Ort als Ansprechpartner bei der Umsetzung des Strukturmodells zur Verfügung stehen. Daneben findet eine Zusammenarbeit bei der Schulung von Vertretern der Prüfinstanzen (Medizinische Dienste und Heimaufsichten) statt, ferner werden Hersteller von Dokumentationssystemen eingebunden.

Interessierte Pflegeeinrichtungen können sich auf der Projektwebsite Ein-STEP.de online für die Teilnahme am Projekt anmelden. Diese erhalten dann vom Projektbüro entwickeltes Schulungs- und Informationsmaterial. <<

Sexualität in Vorarlberger Pflegeheimen

Autorin: Julia Reiner
Sexualität in Vorarlberger Pflegeheimen - Ausgangsbedingungen für gelebte Sexualität auf organisatorischer und personeller Ebene
Verlag: LIT-Verlag 2015, Münster
164 Seiten
ISBN: 3-643-50665-83
Preis: 29,90 Euro

>> Auch ältere Menschen haben sexuelle Bedürfnisse, doch wird deren Erfüllung im Alter und gerade auch bei Pflegebedürftigkeit oftmals durch bestimmte Einflussfaktoren erschwert und ist somit auch wesentlich von der Offenheit und Unterstützung des Umfelds abhängig.

Vor diesem Hintergrund wurde im österreichischen Bundesland Vorarlberg eine großangelegte Triangulationsstudie zu den Ausgangsbedingungen für gelebte Sexualität in Pflegeheimen durchgeführt, die Julia Reiner – sie arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fachhochschule Vorarlberg – in ihrem Buch „Sexualität in Vorarlberger Pflegeheimen – Ausgangsbedingungen für gelebte Sexualität auf organisatorischer und personeller Ebene" vorstellt.

Neben den Untersuchungsergebnissen werden in diesem Buch umfassende theoretische Hintergründe und Bezüge zur aktuellen Fach- und Forschungsliteratur aufgezeigt sowie gezielte Handlungsempfehlungen für die klinische Sozialarbeit abgeleitet. <<

Rezensionen

Bitte senden Sie Neuerscheinungen aus dem Bereich Pflege/Pflegewissenschaft an den Verlag. Adresse: siehe Impressum. Coverbild (300 dpi) bitte per Mail an die Redaktion.

Gerechtes Finanzierungsmodell für die Ausbildung

>> Die Diakonie Hessen forderte anlässlich des „Internationalen Tags der Pflege“ die Politik auf, bei der Reform der Pflegeausbildung für eine gesicherte Finanzierung zu sorgen. „Bislang wird die Ausbildung der Pflegeeinrichtungen und ambulanten Dienste nur teilweise refinanziert. Doch so kann es nicht weitergehen“, sagte Horst Rühl, Theologischer Vorstand der Hessener Diakonie. Der Bedarf an gut ausgebildeten Fachkräften in der Pflege werde steigen, es sei dringend geboten, diesen Beruf attraktiv zu gestalten. Rühl weiter: „Dazu ist eine gesicherte Finanzierung der Alten- und Krankenpflegeschulen sowie der Ausbildung selber nötig.“ Hierzu sei eine gesetzliche Regelung zur Beteiligung aller Einrichtungen und Dienste in der Pflege der erste Schritt zur Lösung. Doch ebenso müsse jede Einrichtung an den Kosten der Ausbildung beteiligt werden, unabhängig davon, ob sie ausbildet oder nicht. „Wir fordern daher, dass alle Einrichtungen die Ausbildung mitfinanzieren, da sie auch von den ausgebildeten Fachkräften profitieren“, erklärte Rühl. Das Ziel sei ein gerechtes Finanzierungsmodell.<<

Pflegewissenschaft im Aufschwung?

>> Mit dem 6. DGP-Hochschultag, der in diesem Jahr am 16. Oktober stattfindet, wird eine Tradition fortgeführt, in der alljährlich Hochschulen mit pflegebezogenen Studienangeboten und Forschungsschwerpunkten gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) eine Tagung ausrichten, auf der Lehrende und Studierende eingeladen sind, ihre Forschungsaktivitäten und -ergebnisse zu präsentieren. Der DGP-Hochschultag findet in Freiburg statt. Diesmal – und das ist ein Novum – wird er von zwei Hochschulen gemeinsam ausgerichtet: der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg und der Katholischen Hochschule Freiburg. Als Schwerpunkt wird das Thema „Pflegewissenschaft im Aufschwung?“ gesetzt, nachdem sich – so die Initiatoren – die Hochschullandschaft massiv verändere. Vielerorts entstünden nicht nur neue Studienprogramme, sondern auch neue Studienstandorte, denn immer mehr Hochschulen nähmen den Gesundheits- und Pflegesektor als zukunftsweisendes Segment wahr.

Weitere Infos: http://www.dg-pflegewissenschaft.de. <<

BLGS: Chance zur Weiterentwicklung der Pflege

>> Der Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe (BLGS) e.V. sieht in der Errichtung von Pflegekammern eine Chance zur Weiterentwicklung der Pflege mit echten Gestaltungs-, Mitbestimmungs- und Einflussmöglichkeiten. Die Einrichtung einer Pflegekammer trage dazu bei, dass Pflege den Beruf verantwortlich entwickeln kann, z.B. über den Erlass einer Berufsordnung und einer Weiterbildungsordnung. Außerdem ermögliche die Pflegekammer auf politischer Ebene mit anderen Berufsgruppen auf Augenhöhe zu agieren und als gleichberechtigter Partner wahrgenommen zu werden.

Die Selbstbestimmung der Mitglieder sei, so eine Stellungnahne der BLGS, ein wesentliches Element dieser neu entstanden Körperschaften des öffentlichen Rechts. Damit liege die Verantwortung für den Erfolg der Pflegekammern in der Hand der Pflegenden und allen weiteren in der Berufsgruppe Tätigen. Hier sehe der BLGS als Berufsverband die wichtige Aufgabe, sich aktiv einzubringen und auch Kolleginnen zur Mitarbeit und Mitgestaltung zu motivieren.

Der BLGS begrüßt, so die Stellungnahme weiter, die positiven Entwicklungen der Einrichtung von Pflegekammern in Rheinland-Pfalz und in Schleswig-Holstein ausdrücklich: „Wir unterstützen die Aktivitäten zum Aufbau von Pflegekammern in allen weiteren Bundesländern, z.B. mit der Organisation von Informationsveranstaltungen.“

Die zurzeit in Bayern diskutierten Ansätze versteht der BLGS hingegen nicht als eine „Alternative zu einer Pflegekammer“, wie sie bezeichnet werde. Die im von der Landesregierung vorgelegten Eckpunktepapier skizzierte Körperschaft des öffentlichen Rechts solle durch Steuergelder finanziert werden,und auf eine Registrierung und Pflichtmitgliedschaft verzichten. Als „Kammer light“ erfüllt sie nach Meinung der BLGS nicht die Kriterien, für die sich die Pflegenden in Bayern in ihrer Abstimmung ausgesprochen haben und verzerre die angestrebte Selbstverwaltung in der Pflege.

Aktuelle Informationen über den Stand der Entwicklung, sowie weiterführende Informationen über die Aufgaben, Finanzierung und Organisation der Pflegekammern z.B. finden Sie unter:

>> www.100prozent-pflegekammer.de/
>> www.pflegekammer-niedersachsen.de
>> www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/P/pflege/pflege_PflegeUndBegleitung_Pflegeberufekammer.html
>> www.pflegekammer.de/
>> www.pflegekammer-jetzt.de/<<

MEDCARE: Moderne Konzepte für sektorenübergreifendes Pflegemanagement

>> Moderne Konzepte für sektorenübergreifendes Pflegemanagement, fortschrittliche Behandlungspflege sowie den interdisziplinären Austausch stellt die MEDCARE ins Zentrum. Vom 30. September bis 1. Oktober 2015 geht der neue Kongress mit Fachausstellung für klinische und außerklinische Patientenversorgung in Leipzig an den Start. Die zertifizierte Fortbildungsveranstaltung konzentriert sich auf die Themencluster Wundversorgung, Ernährung, Stoma und Inkontinenz sowie Palliativmedizin. Zudem widmen sich spezielle Workshops und Vorträge zeitgemäßen Methoden und Trends in der Intensivpflege sowie der Patientensicherheit und professioneller Patientenüberleitung vom klinischen in den außerklinischen Bereich. „Die Pflegekonzepte der Zukunft haben einen intersektoralen, interdisziplinären und interprofessionellen Ansatz. Dies spiegelt das Fachprogramm der MEDCARE in einzigartiger Weise wieder“, betont Ronald Beyer, Projektdirektor der MEDCARE. <<

News

Bitte senden Sie News aus dem Bereich Pflege/Pflegewissenschaft per Mail an die Redaktion. Adresse: siehe Impressum.

DEUTSCHER PFLEGETAG 2015

PFLEGE STÄRKEN MIT STARKEN PARTNERN

Veranstalter: Deutscher Pflegerat e.V.

Gründungspartner: AOK Bundesverband

Premiumpartner: Allianz, Telekom Healthcare Solutions

Organisator: schlütersche

In Kooperation mit: DStGB, GKV Spitzenverband

>> TBA <<

DANKE, DASS SIE DABEI WAREN
beim Deutschen Pflegetag 2015!

- mit mehr als 4.500 Gästen, 175 Referenten und 80 Ausstellern

Die Pflege hat beeindruckt:

- mit mehr als 5.000 Tweets
- über 200 Presseartikeln,
- über 20 TV-Beiträgen in über 50 Sendungen
- über 300 Radiobeiträgen

Gehälter Fachkräfte in der Altenpflege*

- 2725 bis 2692 Eur
- 2585 bis 2525 Eur
- 2484 bis 2325 Eur
- 2271 bis 2209 Eur
- 1994 bis 1945 Eur
- 1784 bis 1743 Eur

*Aus Studie: "Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient", erstellt vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung im Auftrag des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege. Januar 2015, Zahlen aus 2013.

Die beiden Abbildungen zeigen die Median-Bruttoentgelte in den Pflegeberufen nach Bundesländern (farblich sortiert).

Bei den Fachkräften in der Alten- und Krankenpflege ist dabei eine deutliche Varianz zwischen den Ländern zu erkennen. Die Entgelte weisen in der Altenpflege eine Spannbreite von 2.725 Euro in Baden-Württemberg (grün dargestellt) und 1.743 Euro in Sachsen-Anhalt (rot dargestellt) auf. In der Krankenpflege bewegt sich die Varianz zwischen 3.293 Euro im Saarland (grün dargestellt) und 2.636 Euro in Mecklenburg-Vorpommern.

Die regionale Spannbreite beträgt damit in der Altenpflege über 1.000 Eur (1.072), in der Krankenpflege dagegen nur 657 Euro – und das, obwohl die Verhandlungspartner zumindest auf Kassenseite überall dieselben sind.

Korrektur: Zahle	
Berufsgruppen	**Anzahl**
Lokführer	25.000
Fluglotsen	2.000
Piloten	20.300
Gesundheitsbereich	
Apotheker	49.288
Krankenhausapotheker	
Apothekenleiter	
Selbständige Apoth.[1]	
Ärzte	357.252
in Krankenhäusern	181.012
Niedergelassene Ärzte[1]	123.629
Pflegende*	1.113.700*
Fachkraft Altenpflege	103.200 (TZ)/116
Fachkraft Krankenpflege	293.000 (TZ)/283
Helfer Altenpflege	56.200 (TZ)/135
Helfer Krankenpflege	48.800 (TZ)/ 77.

*aus: „Was man in den Pflegeberufen in Deu
genrecherchen. Legende: VZ=Vollzeit, TZ=Tei
[1] Korrektur: Sowohl bei Apotheken als auch
mens-Verleich verzerrt dargestellt, das diese
Verdienst ihre Praxis/Offzin (und deren Ange

Gehälter Fachkräfte in der Krankenpflege*

en und Fakten	
	Ca.-Brutto-Durchschnitts-verdienst pro Monat/Euro
	2.500 bis 3.400
	3.300 bis 10.300
	5.420 bis 18.750
	3.500 bis 7.000
	3.174 bis 3.850**
	4.500 bis 22.500**
	4.219 bis 9.250
	8.866 bis 19.200**
.100 (TZ)	1.945 (Ost) bis 2.568 (West)
.500 (TZ)	2.738 (Ost) bis 3.139 (West)
.900 (TZ)	1.495 (Ost) bis 1.855 (West)
.000 (TZ)	1.854 (Ost) bis 2.470 (West)

utschland verdient", IAB 2015, plus Ei-lzeit. ©MoPf 2015.
niedergelassenen Ärzten ist der Einkom-Berufsgruppen mit ihrem eigenen estellte) mitfinanzieren.

- 3293 bis 3202 Eur
- 3183 bis 3135 Eur
- 3086 bis 3003 Eur
- 2831 bis 2800 Eur
- 2657 bis 2636 Eur

Ebenso beachtlich ist die Spannbreite bei den Entgelten der Helfer in der Krankenpfle-ge (ohne eigene Abbildungen). Diese rangieren zwischen 1.732 Euro in Sachsen und 2.592 Euro in Rheinland-Pfalz (+49,6 %). Sachsen ist auch das Bundesland, in dem die Helfer in der Altenpflege mit 1.396 Euro am wenigsten verdienen und damit nur unwesentlich mehr als den im Bezugsjahr 2013 geltenden Pflegemindestlohn von 8,00 Euro/Stunde (Stand: 1. Juli 2013). In Nordrhein-Westfalen erzielen sie mit 2.092 Euro (+49,9 %) das höchste Entgelt.

Für folgende Kombinationen von Bundesländern und Berufen sind die Entgeltangaben aufgrund von zu geringen Fallzahlen unscharf: Fachkräfte in Altenpflege; Saarland.

Daten vor der Revision der Beschäftigungsstatistik; Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende in Vollzeit.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen der Studienautoren.

Design/Redaktion/Copyright:
„Monitor Pflege", 03/2015

Forsa-Studie legt großen Mangel an personellen Ressourcen in deutschen Krankenhäusern offen

Personalmangel in jeder fünften Klinik

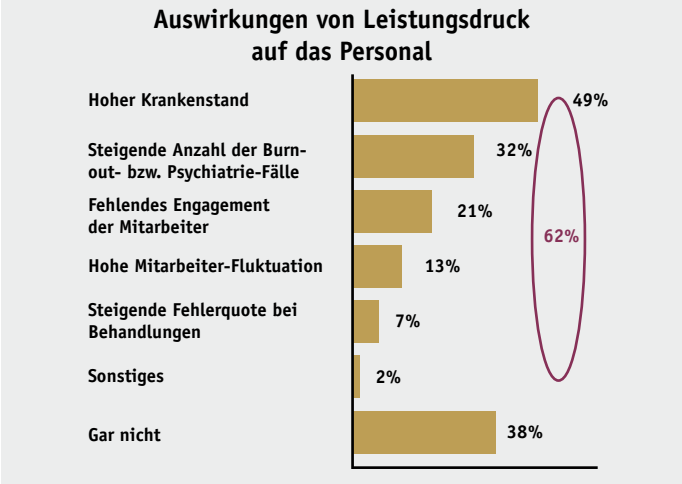
Während der nun vorliegende Gesetzesentwurf zur anstehenden Krankenhausreform erhebliche neue Anforderungen an die Kliniken formuliert, fehlt vielen Krankenhäusern schon heute das Personal, um überhaupt den normalen Behandlungs- und Pflegealltag zu meistern. So sehen sich 23 Prozent der deutschen Kliniken nur bedingt bis gar nicht in der Lage, dem Mangel an Ärzten, Pflegepersonal oder auch in der Verwaltung noch zu begegnen. Jedes zehnte Krankenhaus spricht sogar von einem Personalnotstand. Unter den Häusern in öffentlicher Trägerschaft sieht sogar jedes sechste die Schmerzgrenze in Sachen Personal als erreicht an. Für die Studie befragte das Marktforschungsinstitut Forsa im Auftrag der Personalberatung Rochus Mummert 100 Geschäftsführer und Direktoren deutscher Kliniken.

>> „Wie die Rochus-Mummert-Studie weiter zeigt, hat die dünne Personaldecke erhebliche Folgen. So führt der damit einhergehende hohe Leistungsdruck bereits in jedem zweiten Krankenhaus zu einem erhöhten Krankenstand. Jeder dritte Klinikchef räumt darüber hinaus ein, dass aufgrund der wachsenden Belastung die Zahl der Burnout-Fälle innerhalb seiner Belegschaft steigt.

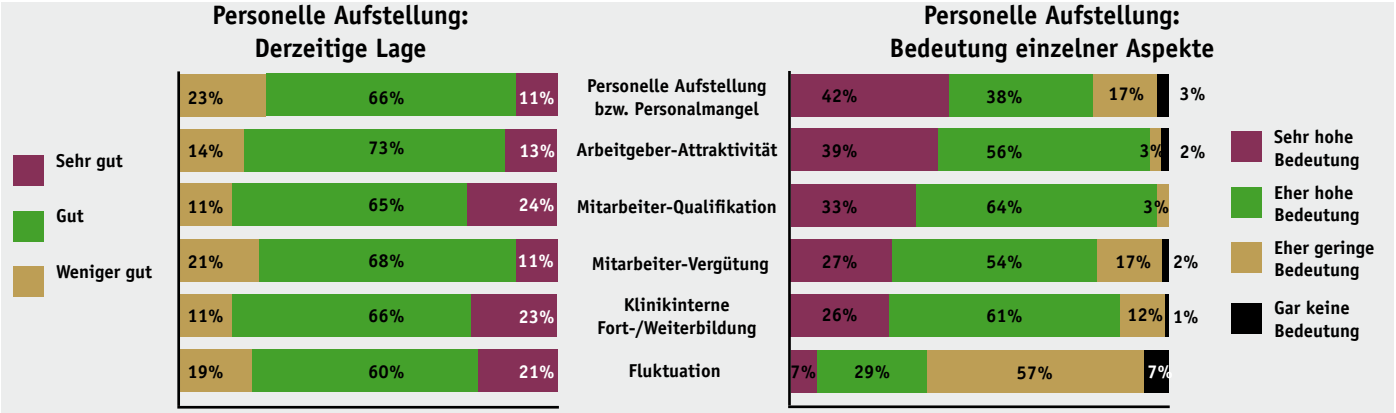
Zudem sind bei gut jedem fünften Mitarbeiter erste Anzeichen einer inneren Kündigung zu verzeichnen.

Da – unabhängig von der Art der Trägerschaft – gut jede zweite Klinik erwartet, dass die personelle Aufstellung schon in den kommenden zwölf Monaten eher schwieriger werden wird, dürfte sich die Situation schon bald abermals verschärfen“, sagt Dr. Peter Windeck, Studienleiter und Geschäftsführer von Rochus Mummert Healthcare Consulting. „Unsere Studie zeigt eindeutig, dass der drohende oder sogar schon akute Personalmangel die deutschen Krankenhäuser massiv umtreibt und vielerorts den Klinikalltag negativ beeinflusst“, so Windeck weiter.

Das unterstreichen auch die Reaktionen der Klinikmanager auf den nun vorliegenden Gesetzesentwurf zur Krankenhausreform. Sie warnen die Politik eindringlich davor, bei der aktuellen Qualitätsdebatte den Faktor Personal – von der Vergütung bis hin zur Fort- und Weiterbildung – außen vor zu lassen. „Aus der täglichen Praxiserfahrung in den Krankenhäusern heraus kann ich mich diesem Appell nur anschließen“, sagt Rochus-Mummert-Geschäftsführer Windeck. <<



Der Leistungsdruck auf Ärzte und Pflegepersonal im Krankenhaus ist anhaltend hoch. Wie macht sich das in Ihrem Haus bemerkbar? Basis: Alle Befragten, N = 100 (Mehrfachnennung)



Was meinen Sie: Wie gut ist Ihre Klinik derzeit gerüstet, diese personellen Herausforderungen zu bewältigen: Sehr gut - gut - weniger gut - oder überhaupt nicht? Wie ist es mit ...? Wie gut ist Ihre Klinik da derzeit gerüstet, um diese Herausforderungen zu bewältigen?
Basis: Alle Befragten, N = 100 (Skala: Sehr gut / Gut / Weniger gut / Überhaupt nicht).

Wo sehen Sie hier derzeit die größten Aufgaben? Bitte geben Sie an, welche Bedeutung die einzelnen Herausforderungen derzeit jeweils haben. Haben sie eine sehr hohe, eher hohe, eher geringe oder gar keine Bedeutung? Wie ist es mit der ...? Hat das derzeit eine ...? Basis: Alle Befragten, N = 100 (Skala: Sehr hohe Bedeutung / Eher hohe Bedeutung / Eher geringe Bedeutung / Gar keine Bedeutung).

Prof. Dr. Sc. (Health) Andreas Büscher
Dr. rer. medic. Bernhard Holle, MScN

Pflegeberatung nach § 37 Abs.3 SGB XI: Unterstützung häuslicher Pflegearrangements

Zusammenfassung

Die größte Gruppe der Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung sind die Pflegebedürftigen, die sich für die Pflegegeldleistung entschieden haben. Sie erhalten einen Geldbetrag, den sie zur Bewältigung ihrer Pflegebedürftigkeit einsetzen können. Die Inanspruchnahme der Geldleistung geht mit der Verpflichtung einher, regelmäßig eine Beratung durch einen ambulanten Pflegedienst oder eine anerkannte Beratungsstelle abzurufen. Über die Gestaltung und die Auswirkung dieser Beratungen wird ebenso wenig diskutiert wie über mögliche konzeptionelle Grundlagen der Beratung. In diesem Beitrag wird ein Konzept zur häuslichen Pflegeberatung im Rahmen der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI vorgestellt, das auf Basis einer empirischen Bestandsaufnahme entwickelt und anschließend erprobt wurde. In dem Konzept werden fünf zentrale Aspekte häuslicher Pflegearrangements aufgegriffen, die innerhalb der Beratung thematisiert werden sollten: das familiale Netzwerk, die Finanzierung, pflegepraktische Fragen, das erweiterte Netzwerk und Entlastungsmöglichkeiten. Das Konzept hat sich als geeignet für die Beratungsbesuche erwiesen und liefert Hinweise für die Weiterentwicklung von Beratungsansätzen zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements im Rahmen der Pflegeversicherung.

Schlüsselwörter

Pflegeberatung, Pflegeversicherung, Geldleistung, Häusliche Pflege, Konzept- und Interventionsentwicklung

Im Jahr 2015 feiert die Pflegeversicherung in Deutschland ihren 20. Geburtstag. Sie hat Diskussionen und Entwicklungen in der pflegerischen Versorgung ausgelöst und den gesellschaftlichen Diskurs zur Pflege stark beeinflusst. Oftmals liegt der Fokus der Auseinandersetzungen auf der Pflege im Pflegeheim oder, in geringerer Intensität, auf der Pflege durch ambulante Pflegedienste. Kaum in den Blick gerät demgegenüber die größte Gruppe der Leistungsempfänger, diejenigen Pflegebedürftigen, die sich für die Leistungsform der Pflegegeldleistung entschieden haben. Sie erhalten von ihrer Pflegekasse monatlich einen Geldbeitrag (s. Tabelle 1), den sie zur Bewältigung ihrer häuslichen Pflegesituation einsetzen können. Nach der neuesten Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2015) haben sich 1,25 der insgesamt 2,6 Mio. Pflegebedürftigen in Deutschland für diese Leistungsform entschieden. Circa 620.000 Personen nehmen die Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch und etwa 760.000 werden in einem Pflegeheim versorgt.

>> Verbunden mit der Inanspruchnahme der Geldleistung ist nach § 37 Abs. 3 SGB XI die Verpflichtung, zur Sicherstellung der häuslichen Pflegesituation eine verpflichtende externe Beratung durch einen ambulanten Pflegedienst oder eine anerkannte Beratungsstelle durchführen zu lassen. Pflegebedürftige in den Pflegestufen I und II haben diese Beratungsbesuche zweimal jährlich und in der Pflegestufe III viermal jährlich in Anspruch zu nehmen. Die Durchführung der Besuche ist gegenüber den Pflegekassen nachzuweisen, die praktische Umsetzung und inhaltliche Ausgestaltung dieser Beratungsbesuche bleibt den Anbietern weitgehend selbst überlassen. Das Gesetz enthält lediglich Vorgaben zur Übermittlung der Erkenntnisse aus der Beratung an die Pflegekassen.

Einen Überblick über die Relevanz und Größenordnung der Beratungsbesuche vermittelt die Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2015). So sind von den 1,25 Mio. Personen, die Geldleistungen aus der Pflegeversicherung erhalten, ca. 1,16 Mio. in den Pflegestufen I und II eingruppiert und erhalten entsprechend zwei Beratungsbesuche pro Jahr. Die verbleibenden ca. 89.000 Pflegebedürftigen in der Pflegestufe III erhalten vier Besuche pro Jahr. Bei zwei bzw. vier jährlichen Beratungsbesuchen ergeben sich somit mehr als 2,6 Mio. Beratungsbesuche pro Jahr. Bei ca. 250 Werktagen im Jahr finden entsprechend an jedem Werktag in Deutschland mehr als 10.000 dieser Besuche statt. Die Kosten für die Besuche belaufen sich bei der derzeitigen Vergütung von 22 Euro in den Pflegestufen I und II und bei 32 Euro in der Pflegestufe III auf etwa 62 Mio. Euro pro Jahr.

Angesichts dieser Größenordnung ist es bemerkenswert, dass bislang kaum Erkenntnisse zur Durchführung der Besuche vorliegen und nur wenig über ihre inhaltliche Ausrichtung diskutiert wird. Darüber hinaus erscheint aus inhaltlichen Gründen eine stärkere Aufmerksamkeit angezeigt, da davon ausgegangen werden kann, dass durch eine fundierte und qualifizierte Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen entscheidende Impulse zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements gegeben werden können.

Im folgenden Beitrag wird ein Konzept für die Durchführung der Beratungsbesuche vorgestellt. Es wurde im Rahmen einer Untersuchung entwickelt, die das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW in Auftrag gegeben hat und zu dem neben der Konzeptentwicklung eine empirische Bestandsaufnahme gehörte.

Für eine ausführlichere Darstellung der Bestandsaufnahme zu den Beratungsbesuchen sei auf andere Quellen verwiesen (Büscher et al. 2010a, 2010b). Die wesentlichen Ergebnisse, die bestätigen, dass die Beratungsbesuche offensichtlich Chancen zur Unterstützung und Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements ungenutzt lassen, zeigen folgendes:

- die durchschnittliche Dauer der Beratungsbesuche lag zwischen 20 und 30 Minuten (bei einer Spannweite von 10 bis 180 Minuten) – ein Befund, der bestätigt, dass die Vergütung eine stark steuernde Wirkung auf die Dauer der Beratung hat;
- in weniger als 5% von mehr als 5.400 in die Untersuchung einbezogenen Beratungen wurden Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der Gestaltung der Pflegesituation gemacht und in weniger als 4% wurden Maßnahmen ergriffen;
- nur in sechs von mehr als 5.400 Fällen wurde die häusliche pflegerische Versorgung als nicht sichergestellt bezeichnet;

- Interviews mit Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen und Pflegefachkräften verdeutlichten, dass es deutlich mehr Probleme in häuslichen Pflegearrangements gibt, als diese Zahlen suggerieren;
- aus der Perspektive der pflegenden Angehörigen wurde beklagt, dass viele Themen nur auf Nachfrage angesprochen wurden und die Berater oft wechselten;
- es bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den Pflegediensten in der Durchführung der Beratungsbesuche, die vom Vorhandensein eines ausgearbeiteten Beratungskonzepts über individuell vorhandene Fachexpertise bis hin zum Fehlen jeglicher Systematisierung reichten.

Konzept- und Interventionsentwicklung

Vor dem Hintergrund dieser Befunde verfolgt das vorliegende Konzept das Ziel, Inhalt und Qualität der Beratungsbesuche weniger dem Zufall zu überlassen, sondern sie auf eine fundierte Grundlage zu stellen. Dazu werden in dem Konzept die zentralen Herausforderungen der Beratungsbesuche aufgegriffen und es wurde Wert darauf gelegt, dass es ohne Änderungen der Rahmenbedingungen innerhalb der Pflegeversicherung umzusetzen und regelhaft zu implementieren ist. Im Einzelnen:

- baut das Konzept darauf auf, dass es für die Unterstützung pflegebedürftiger Menschen in der häuslichen Umgebung immer einer Unterstützung des gesamten häuslichen Arrangements bedarf;
- berücksichtigt es, dass durch die Beratungen Menschen angesprochen werden, die bislang (noch) keine professionellen Unterstützungsangebote in Anspruch genommen haben, ...wodurch sich ein erhebliches präventives Potenzial ergibt;
- trägt es der Tatsache Rechnung, dass es sich bei den Beratungen nicht um eine freiwillige Beratungssituation, sondern um eine Pflicht zur Beratung handelt.

Das Konzept wurde entwickelt auf Basis der vier Schritte des ‚Utrechter Modells' zur Entwicklung und Überprüfung von Pflegeinterventionen (van Meijel et al. 2004):

1. Definition und Analyse des Problems und Bedarfseinschätzung
2. Überprüfung der bestehenden Praxis
3. Entwicklung des Interventionskonzepts
4. Erprobung und Verfeinerung der Intervention

Die beiden ersten Schritte wurden bereits zusammenfassend skizziert. Für den dritten Schritt, die eigentliche Entwicklung des Interventionskonzepts, war es erforderlich, das Beratungskonzept auf eine solide theoretische Grundlage zu stellen, Strategien für die Beratung zu integrieren und die inhaltlichen Schwerpunkte der Beratung zu konkretisieren. Entsprechend wurden in dem Konzept theoretische Erkenntnisse zur Entwicklung lebensweltlich orientierter Pflegekonzepte (Jansen 1997; Zeman 1997) verarbeitet, die auch für die Pflegeberatung eingefordert werden (Engel et al. 2006).

Darüber hinaus wurden Erkenntnisse zu einer ressourcen- und lösungsorientierten Beratung für das Konzept nutzbar gemacht, um angesichts der eingeschränkten Rahmenbedingungen für die Beratungsbesuche einen handlungsorientierten Beratungsansatz entwickeln zu können (Engel et al. 2006). Nicht zuletzt wurden die Strategien der Wissensvermittlung und des Empowerments integriert, um dem Kernanliegen der Beratung – der Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation – Rechnung zu tragen. Wissensvermittlung wird im Konzept verstanden als Deutungs- und Klärungshilfe angesichts der vielfach vorhandenen Informationsvielfalt und –fülle, durch die innerhalb der Beratung Informationen strukturiert und geordnet werden können (Schaeffer/Dewe 2006). Der Ansatz des Empowerments soll dazu beitragen, bereits vorhandene, aber verschüttete und durch die aktuelle Problemsituation überlagerte Fähigkeiten wieder zu entdecken und zusätzliche, noch nicht vorhandene Kompetenzen herauszubilden, die die Menschen in die Lage versetzen, ihre Situation selbständig zu bewältigen und zu gestalten (Schaeffer/Dewe 2006). Im Ergebnis kristallisierten sich bei der Konzeptentwicklung fünf wesentliche Bereiche der häuslichen Pflege heraus, die im Rahmen der Beratung angesprochen werden sollen.

Pflegegeldleistung		
Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
244	458	728

Tab. 1: Höhe der Pflegegeldleistung im Rahmen der Pflegeversicherung.

a) Struktur des familialen Netzwerks

Da Einblicke in häusliche Pflegearrangements nur unter Berücksichtigung der Gesamtsituation erfolgen können, sollte diese anhand der folgenden Aspekte im Rahmen der Beratung angesprochen werden:

- Familienstruktur und Übernahme von Aufgaben (wer ist eingebunden, wer macht was, welche Kontinuitäten gibt es?)
- Belastungen und Probleme in der Pflegesituation (Ausmaß der Belastung von Angehörigen, aktuelle und potenzielle Problembereiche der häuslichen Pflegesituation, ähnliche/unterschiedliche Einschätzungen von Pflegebedürftigen und Angehörigen)
- Ressourcen in der Pflegesituation (vorhandene, noch ungenutzte Ressourcen, Vorstellungen von der Zukunft)

b) Finanzierung der Pflegesituation

Da Fragen der Finanzierung für die Gestaltung häuslicher Pflegesituationen eine wichtige Rolle spielen, sollte im Rahmen der Beratung den folgenden Themenbereichen ausreichend Raum gegeben werden:

- Zugang zu und Spektrum verfügbarer Sozialleistungen
- Hilfsmittel und Wohnraumanpassung

c) Pflegepraktische Fertig- und Fähigkeiten

Im Bereich der pflegepraktischen Fertigkeiten und Fähigkeiten haben sich viele pflegende Angehörige im Verlauf der pflegerischen Versorgung eine gewisse Expertise erworben, werden aber dennoch kontinuierlich vor neue Herausforderungen gestellt. Bestandteile des Beratungsgesprächs könnten daher sein:

- Beschreibung der alltäglichen pflegerischen Versorgung
- Pflegeanamnese zu speziellen Pflegeproblemen

- Praktische Hinweise und Anleitung, Umgang mit Hilfsmitteln
- Individuelle Schulung bezogen auf bestimmte Krankheitsbilder

d) Erweitertes Netzwerk

Informationen hinsichtlich der Möglichkeiten zur Nutzung eines erweiterten Netzwerkes, z.B. durch Nachbarn, Freunde, kirchliche oder kommunale Angebote, tragen zur Stabilisierung der häuslichen Pflege bei. Im Rahmen der Beratung sollte also eingeschätzt werden,

- ob es ein zusätzliches Netzwerk gibt
- welche Aufgaben von wem übernommen werden und
- ob Ideen zur Erschließung von unterstützenden Netzwerken (z.B. Selbsthilfegruppen o.ä.) vermittelt werden können.

e) Entlastungsmöglichkeiten

Für die langfristige Gestaltung und stabile Aufrechterhaltung von Pflegesituationen ist die Möglichkeit der Entlastung für die pflegenden Angehörigen ein wichtiger Bestandteil. Zu diesem Themenbereich wird im Beratungskonzept gefragt, welche Angebote bekannt sind, genutzt werden und ob Bedarf nach weiteren besteht.

Abgerundet wird das Beratungskonzept durch drei Fragen, die in jedem Fall gestellt werden sollten, um den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen die Gelegenheit zu geben und sie zu ermutigen, die Situation aus ihrer Perspektive darzustellen:

- Was ist das Hauptproblem in Ihrer Pflegesituation?
- Was würden Sie sofort verändern, wenn Sie es jetzt könnten?
- Welche Informationen würden Ihnen in Ihrer jetzigen Situation helfen?

Konzepterprobung

Die praktische Erprobung leisteten zwei Pflegeberaterinnen, die für sechs Monate mit je einer 50%-Stelle im Rahmen des Projekts beschäftigt waren. Die Formalqualifikation der Beraterinnen bestand in einer abgeschlossenen Pflegeausbildung, einer mehrjährigen Berufserfahrung in der ambulanten Pflege und einem Bachelorabschluss in einem pflegebezogenen Studiengang. Der Zugang zu häuslichen Pflegesituationen erfolgte über ambulante Pflegedienste, die sich zur Kooperation bereit erklärt und den Zugang zu häuslichen Pflegearrangements hergestellt haben.

Die Aufgabe der Beraterinnen bestand in der praktischen und eigenständigen Durchführung der Beratungsbesuche auf der Grundlage des vorgestellten Konzepts. Die Erprobung sollte Aussagen darüber liefern:

a) ob das Beratungskonzept eine geeignete Grundlage für die zukünftige Ausgestaltung der häuslichen Pflegeberatung darstellt,
b) ob und wie sich die Beratung auf der Grundlage dieses Konzepts von der derzeitigen Praxis unterscheidet,
c) welche Inhalte angesprochen und welche konkreten Hilfestellungen gegeben werden.

Die Datenerhebung erfolgte durch die Beraterinnen und mittels einer Befragung der beteiligten Pflegehaushalte. Die Beraterinnen haben unmittelbar nach einer durchgeführten Beratung ein Protokoll der Beratungssituation mit Daten zur pflegebedürftigen Person und den Themenbereichen des Konzepts angefertigt. Die Pflegehaushalte erhielten im Anschluss einen Fragebogen mit der Bitte, diesen ausgefüllt zurückzusenden.

Insgesamt konnten 88 Beratungen durchgeführt werden. Von den besuchten Pflegebedürftigen waren 42 in der Pflegestufe I, 28 in Pflegestufe II und 10 in Stufe III. Die Dauer der Beratungsbesuche lag vorrangig zwischen 41 und 60 Minuten, bei immerhin der Hälfte aller Besuche sogar höher als 60 Minuten. Die Erkenntnisse zu den fünf Bereichen des Beratungskonzepts lassen sich wie folgt zusammenfassen:

a) Struktur des familialen Netzwerks

Die familiäre Situation hat einen breiten Raum in den Beratungen eingenommen. Sie ist ein fester Bestandteil der Pflegesituation und es stellte sich heraus, dass die Beschäftigung mit diesem Bereich zu Beginn der Beratungssituation eine sinnvolle Herangehensweise ist, da die familiäre Situation während des gesamten Beratungsgesprächs ein wiederkehrendes Querschnittsthema darstellte.

Neben der Beschreibung der familiären Situation nahmen die Beraterinnen in mehreren Beratungssituationen explizit auch die Familiengeschichte in den Blick. Dadurch erhielten sie weitere Informationen über die Entstehung der aktuellen Situation, die eine hohe Relevanz für die Entwicklung von problemlösungsorientierten Strategien hatten. Dazu gehörte auch das Erkennen der verschiedenen Rollen und Rollenzuschreibungen innerhalb der Familien, durch die sich Hinweise auf die Organisation der Pflege sowie die unterschiedlichen Verantwortlichkeiten ergaben. Daneben wurden durch die Schilderungen der Familiensituation aber auch gegenseitige Muster von Abhängigkeit offenbar, die zu Belastungen in der Pflegesituation führen können.

b) Finanzierung der Pflegesituation

In diesem Themenbereich ging es neben allgemeinen Fragen zur Finanzierung der Pflege um die Hilfsmittelversorgung und Optionen der Wohnraumanpassung. Das Beratungsgespräch wurde in diesem Bereich stärker durch die Beraterinnen beeinflusst als in anderen Bereichen, indem sie hier ein breites Informationsangebot unterbreiteten. Dabei standen die Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen, die Verhinderungspflege und die Beantragung von Höherstufungen der Pflegebedürftigen im Mittelpunkt. Bei der Wohnraumanpassung ging es hauptsächlich um Maßnahmen zur Umgestaltung des Bades. Es zeigte sich, dass Finanzierungsfragen einen wichtigen Bereich in häuslichen Pflegearrangements darstellen, die Gespräche darüber jedoch weit weniger offen und ausführlich ausfielen als zu anderen Bereichen.

c) Pflegepraktische Fertig- und Fähigkeiten

Deutlich intensiver verliefen die Beratungsgespräche zum Bereich Fertigkeiten und Fähigkeiten, in denen praktische Pflegefragen, die besondere Situation bei bestimmten Krankheiten und die persönliche Bewältigung der Gesamtsituation angesprochen wurden. Ein wichtiges Thema war die Mobilität. Es wurden verschiedene Probleme bei Bewegungseinschränkungen angesprochen, wie z.B. die erhöhte Sturzgefahr. Des weiteren waren Kommunikationsprobleme,

Pflege bei Demenz, Ernährung, Inkontinenz, Hautpflege sowie die Körperpflege Themen der Beratung. Bei den krankheitsspezifischen Aspekten ging es in den Beratungsgesprächen um die spezifischen Anforderungen einzelner Krankheitsbilder wie Diabetes mellitus, Thrombose, Alkoholabusus sowie Probleme in der Medikamentenversorgung.

In einem nicht erwarteten Ausmaß spielten Fragen der persönlichen Situationsbewältigung der pflegenden Angehörigen eine Rolle. So wurde die Problematik im Umgang mit Schmerzen ebenso thematisiert wie Störungen des Tag- und Nachtrhythmus, Aggressivität, Probleme in der Partnerschaft und die Unzufriedenheit und Überforderung mit der Situation. In diesen Beratungsgesprächen stießen die Beraterinnen an ihre Grenzen, da einige der geschilderten Probleme zu umfassend waren, um durch ein solches Beratungsgespräch auch nur ansatzweise gelöst zu werden. Daher sahen sie ihre Rolle in diesen Situationen darin, aktiv zuzuhören sowie Trost und Ermutigung zuzusprechen.

d) Erweitertes Netzwerk

Die Thematisierung des erweiterten Netzwerks zur Bewältigung der Pflegesituation erwies sich als hilfreich. Zur Sprache kamen Hilfen durch Nachbarn, ebenso wie die Unterstützung durch eine polnische Hilfskraft. Neben diesen konkret erlebten Hilfen wurden aber auch mögliche, noch nicht genutzte Unterstützungsoptionen angesprochen und es fanden gemeinsame Überlegungen statt, ob und falls ja, welche Ressourcen noch in die Pflegesituation einbezogen werden könnten.

e) Entlastungsmöglichkeiten

In diesem Themenbereich stand das Aufzeigen von Möglichkeiten im Fokus der Beratungsgespräche. Deutlich wurde, dass viele pflegende Angehörige den Bedarf nach Entlastung äußerten, jedoch Unterstützung bei der Formulierung ihrer tatsächlichen Bedürfnisse benötigten und zudem nur wenige Informationen über Möglichkeiten der Verhinderungs- und/oder Kurzzeitpflege hatten.

Möglichkeiten und Grenzen der Beratungsbesuche

Ein bedeutender Aspekt der Beratungsbesuche war, dass die umfassende Schilderung der häuslichen Pflegesituation und die Frage nach Perspektiven zu emotionalen Reaktionen bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen führten. Die intensive Beschäftigung mit der eigenen Pflegesituation kann sowohl entlastend als auch belastend sein, indem sie einerseits eine Wertschätzung der geleisteten Arbeit impliziert, andererseits aber auch eine Konfrontation mit der eigenen Lebensrealität darstellt, die in dieser komprimierten und intensiven Form ungewöhnlich ist. Seitens der Beraterinnen ist es erforderlich, darauf vorbereitet zu sein und für Zuwendung und Gespräche zur Verfügung zu stehen. Der Bedarf an dieser Art emotionaler Entlastung hat sich den Pflegeexpertinnen deutlich und mehrfach gezeigt.

Ein weiterer Aspekt war die Bestärkung der Arbeit der pflegenden Angehörigen. Diese äußerten den Wunsch, die Pflege ‚richtig' durchzuführen und waren dabei für Hinweise dankbar. Vor allem wurde es als positiv empfunden, wenn die eigenen Bemühungen wertgeschätzt wurden. Seitens der pflegenden Angehörigen wurde in diesem Zusammenhang geäußert, dass entsprechende Hilfsangebote vor allem zu Beginn der Pflegesituation hilfreich gewesen wären und nicht erst zu einem späteren Zeitpunkt. Die im Konzept angeregte Frage nach dem Hauptproblem in der Pflegesituation wurde als hilfreich erachtet, weil sie sowohl für die Beraterinnen als auch für die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen die Möglichkeit bot, die vorliegende Problemlage zu sortieren und systematisieren und Prioritäten bei der Problembearbeitung zu identifizieren.

Als problematisch haben die Beraterinnen die eigene Hilflosigkeit in einigen Situationen erlebt, z.B. im Fall offensichtlicher Probleme, die jedoch nicht im Beratungsgespräch thematisiert werden konnten. Dazu gehörten pflegende Angehörige unter Alkoholeinfluss, Angehörige mit offensichtlichen Anzeichen von Überforderung und die Komplexität familiärer Beziehungsdynamiken. Diese Situationen stellten die Beraterinnen ebenso vor große Herausforderungen wie der Verdacht auf das Vorliegen häuslicher Gewalt, für deren Erkennung sie auf sich allein gestellt waren.

Schlussfolgerungen

Das Konzept zur häuslichen Pflegeberatung hat sich in der Erprobung als Leitfaden für die häusliche Pflegeberatung von Geldleistungsempfängern in der Pflegeversicherung als geeignet erwiesen. Den Beraterinnen ist es in der praktischen Erprobung gelungen, mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen intensive Beratungs-

Literatur

Büscher, A./Holle, B./Emmert, S./Fringer, A. (2010a): Häusliche Pflegeberatung für Geldleistungsbezieher in der Pflegeversicherung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 43: 103-110
Büscher, A./Holle, B./Emmert, S./Fringer, A. (2010b): Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Eine empirische Bestandsaufnahme. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld P10-142. Bielefeld
Engel, F./Nestmann, F./Sickendiek, U. (2006): Theoretische Konzepte der Beratung. In: Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (Hg.): Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Verlag Hans Huber
Jansen, B. (1997): Lebensweltorientierung und Häuslichkeit. In: Braun, U./Schmidt, R. (Hg.): Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Regensburg: Transfer Verlag.
Schaeffer, D./Dewe, B. (2006): Zur Interventionslogik von Beratung in Differenz zu Information, Aufklärung und Therapie. In: Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (Hg.): Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Verlag Hans Huber
Statistisches Bundesamt (2015): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
van Meijel, B./Gamel, C./van Swieten-Duijfjes, B./Grypdonck, M. H. F. (2004): The development of evidence-based nursing interventions: methodological considerations. Journal of Advanced Nursing 48(1): 84-92.
Zeman, P. (1997): Vernetzung von Lebenswelt und Professionen in der Pflege. In: Schmidt, R./Thiele, A. (Hg.): Konturen der neuen Pflegelandschaft. Positionen, Widersprüche, Konsequenzen. Regensburg: Transfer Verlag.

gespräche zu führen sowie wesentliche Ressourcen und Problemlagen in den verschiedenen Pflegesituationen zu identifizieren. Dabei konnten vielfältige Hilfestellungen gegeben werden wie z. B. Informationen zu Krankheitsbildern, spezifischen Pflegeproblemen, Leistungen der Pflegeversicherung, Wohnraumanpassungsmaßnahmen und Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige. Zudem hat die Beratung auf der Grundlage dieses Konzepts dazu beigetragen, dass pflegende Angehörige sich ermutigt fühlten, von ihrer Situation zu erzählen und sich dabei manche Probleme von der Seele zu reden. Der verpflichtende Charakter der Beratung durch die gesetzliche Verpflichtung hat sich nicht nachteilig auf die Beratungsgespräche ausgewirkt. Es lässt sich sogar eher im Gegenteil davon ausgehen, dass die Pflicht zur Beratung dazu beigetragen hat, dass in manchen Haushalten gute Beratungsgespräche stattgefunden haben und Hilfestellungen angeboten werden konnten, die anders nicht entstanden wären.

Das Konzept wurde für die Durchführung der verpflichtenden Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI entwickelt. Es eignet sich prinzipiell jedoch auch für andere Beratungsanlässe in der ambulanten pflegerischen Versorgung, wie z.B. eine aufsuchende Beratung nach § 7a SGB XI oder die Beratung durch Pflegestützpunkte. Nicht zuletzt kann das Konzept auch von ambulanten Pflegediensten eingesetzt werden, wenn sie in häusliche Pflegesituationen einbezogen werden. Es regt dazu an, Fragen der häuslichen Pflege stärker unter einer familienorientierten Perspektive zu betrachten, als es im Rahmen der Leistungsgestaltung der Pflegeversicherung, aber auch der Ausbildung in den Pflegeberufen, üblich ist.

Für die Weiterentwicklung der Beratung im Rahmen der Pflegeversicherung zeigen die Ergebnisse des Projekts, dass es angezeigt ist, sich den konzeptionellen Grundlagen der Beratung zuzuwenden, damit Beratung tatsächlich ein Potenzial zur Stärkung häuslicher Pflegearrangements werden kann. <<

Counselling to support home care arrangements in the German long-term care system

People eligible for long-term care in Germany and living at home can chose between cash payments and care-in-kind benefits. The largest group of beneficiaries opted for the cash payment. Receiving cash payments implies an obligatory regular counselling visit by a home care agency or other counselling providers. The performance and effects of these counselling visits are not much discussed. The same applies for conceptual approaches for home care counselling. This paper presents such a conceptual approach for home care counselling accorsing to the regulation in § 37 Abs. 3 of the long-term care act. It has been developed based upon an empirical study on the conduction of home care counselling and has been evaluated. It points to five important areas of home care that are to be addressed during the counselling visit: the family network, financing of care, practical caregiving, extended network and options for relief from care. This approach has proven to be suitable for the conduction of home care counselling and can be helpful for further development of counselling approaches to stabilize home care arrangements in long-term care.

Keywords

Home care counselling, Long-term care, Cash payments, Home care, Development of nursing interventions

Autorenerklärung

Beide Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen. Zur Zeit der Datenanalyse und Berichtslegung des dargestellten Projektes waren beide Autoren Mitarbeiter der Universität Witten/Herdecke am Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenahe Pflege. Das Projekt wurde durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW finanziert. Unter Nutzung der Daten dieses Projektes entstand die Dissertation von Dr. Bernhard Holle.

Prof. Dr. Sc. (Health) Andreas Büscher
ist Krankenpfleger und Pflegewissenschaftler. Er promovierte 2007 am Department of Nursing Science der University of Tampere/Finnland zum Doktor of Health Sciences. Seit 2011 Professor für Pflegewissenschaft an der Hochschule Osnabrück und seit 2012 wissenschaftlicher Leiter des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) sowie Gastprofessor an der Universität Witten/Herdecke. Kontakt: a.buescher@hs-osnabrueck.de

Dr. rer. medic. Bernhard Holle, MScN
ist Krankenpfleger und Pflegewissenschaftler. Promotion am Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke. Nach Tätigkeiten als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke und weiteren beruflichen Erfahrungen als Pflegedienstleitung eines ambulanten Pflegedienstes und als spitzenverbandlicher Referent für die stationäre Altenhilfe leitet er seit 2010 die Arbeitsgruppe Versorgungsstrukturen am Standort Witten des Deutschen Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE). Kontakt: bernhard.holle@dzne.de

Prof. Dr. phil. Ingrid Kollak
Stefan Meyer, M.A.
Joachim Kuck, M.Sc., MPH

Studie zur Akzeptanz einer Pflegekammer in Berlin – Design, Erfahrungen, und erste Ergebnisse

Auf der Abschlussveranstaltung der Studie zur Akzeptanz einer Pflegekammer im Land Berlin, am 14. April 2015 im Roten Rathaus, wurden die ersten Ergebnisse vorgestellt. 58,8% der befragten Pflegefachpersonen sprachen sich im Rahmen einer repräsentativen Befragung für und 17,1 % gegen eine Pflegekammer aus. Der Gesundheitssenator, der die Alice Salomon Hochschule mit der Studie beauftragt hatte, sah darin einen klaren Auftrag zur Kammergründung. Mit diesem Artikel möchten wir den methodischen Aufbau der Studie, Details zur Teilnahmebereitschaft der Einrichtungen und Pflegefachpersonen sowie die zentralen Ergebnisse vorstellen. Nicht zuletzt möchten wir auf die Repräsentativität der Studie und unsere nächsten Schritte eingehen.

>> Über die Einrichtung einer Pflegekammer gibt es eine mittlerweile Jahrzehnte alte Auseinandersetzung. In dieser Auseinandersetzung werden die unterschiedlichen Interessenlagen und politischen Beweggründe der Kontrahenten nur teilweise offen diskutiert. Dabei ist es offensichtlich, dass die Kompetenzen der bisher für die Berufsgruppen sprechenden Organisationen und Institutionen – z.B. Berufsverbände, Gewerkschaften, Einrichtungs- und Kostenträger sowie Referenten bzw. zuständige Abteilungen in den Länderministerien – durch die Einrichtung einer Kammer direkt betroffen sein werden. Darum gab es von Beginn an den Vorschlag, eine Studie durchzuführen, in der bereits vorhandene Meinungen erfasst und zur Grundlage der Informationsvermittlung und Befragung gemacht werden. Es lässt sich also von einem Berlin-spezifischen Design sprechen (s. Abb. 1).

Recherche

Die auf ein Jahr angelegte Studie startete im September 2014 mit einer Auftaktveranstaltung durch den Senator für Gesundheit, Mario Czaja (CDU). Während der gesamten Studiendauer läuft die Recherche durch das Kammer-Team. Dabei standen zunächst die bereits in Deutschland existierenden Kammern im Mittelpunkt. So gibt es einerseits die Wirtschaftskammern, wie die Industrie- und Handelskammer, Handwerkskammer, Landwirtschaftskammer sowie die weniger bekannten Arbeitnehmerkammern in Bremen und im Saarland, andererseits die Berufskammern, wie die Kammern der technischen Berufe (Architekten, Ingenieure und Lotsen), der Recht und Wirtschaft beratenden Berufe (Notare, Patent- und Rechtsanwälte, Wirtschaftsprüfer und Steuerberater) sowie der Heilberufe (Ärzte, Apotheker, Zahn- und Tierärzte sowie Psychotherapeuten). Diese Kammern und deren unterschiedliche Strukturen und Charakteristiken sind interessant, um sich ein Bild von den Möglichkeiten einer Pflegekammer zu machen. In diesem Rahmen wurde ebenfalls recherchiert, in welchem Maß eine Gleichsetzung von Nursing Councils mit einer Pflegekammer zulässig ist.

Während der empirischen Studienphase wurden zum einen zentrale Akteure und Akteursgruppen im Land Berlin recherchiert und um schriftliche Stellungnahmen zur Möglichkeit einer Pflegekammer in Berlin gebeten. Zum anderen wurden sämtliche Berliner Krankenhäuser, Pflegeheime und Pflegedienste ermittelt, woraufhin eine zufallsgenerierte Auswahl der Pflegeeinrichtungen kontaktiert wurde, um deren Mitarbeitende vor Ort in den Einrichtungen zu befragen. Nicht zuletzt verschaffte sich das Kammer-Team einen Überblick über die bereits durchgeführten Abstimmungen in anderen Bundesländern und deren methodisches Vorgehen.

Information

Das Kammer-Team hatte ebenfalls die Aufgabe, die Öffentlichkeit und dabei speziell die in Berlin tätigen Pflegefachpersonen zum ei-

Abb. 1: Studiendesign.

Zusammenfassung

Sprechen sich Pflegefachpersonen eher für oder gegen eine Pflegekammer aus? Das war die zentrale Frage der Studie zur Akzeptanz einer Pflegekammer in Berlin, die von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales initiiert wurde und im Rahmen einer Zuwendung gefördert wird. Die Alice Salomon Hochschule Berlin führt diese Studie seit August 2014 durch und nutzt dazu ein systematisierend-sequentielles Mixed-Method-Design, das die repräsentative Haupterhebung unter den professionell Pflegenden mit einer qualitativen Expertenbefragung kombiniert. 1.196 Berline Pflegefachpersonen nahmen an der repräsentativen, computergestützten persönlich-mündlichen Befragung teil. 58,8% sprachen sich für eine Pflegekammer in Berlin aus. Seit Juni 2015 befragt die Studie zudem noch alle Berliner Pflege-Auszubildenden in einer Online-Umfrage zur Pflegekammer.

Schlüsselwörter

Pflegekammer Berlin, Mixed-Method-Design, computergestützte persönlich-mündliche Befragung (CAPI), Experteninterview, Online-Befragung

nen über die Institution Pflegekammer sowie zum anderen über die Studie und die anhängende Befragung zu informieren. Dazu wurde zunächst eine Webseite eingerichtet: ww.ash-berlin.eu/forschung/forschungsprojekte/kammer-studie. Dann wurde ein Flyer erstellt (s. Flyer), der als elektronischer File verschickt wurde und in einer Auflage von 30.000 Exemplaren zur Verfügung stand. Nicht zuletzt hat das Kammer-Team Informationsveranstaltungen durchgeführt: Am 14.10.2014 im Krankenhaus Neukölln, am 19.01.2015 an der Alice Salomon Hochschule sowie gemeinsam mit der Senatsverwaltung die Abschlussveranstaltung am 14.04.2015 im Roten Rathaus. Ziel der breiten wie neutralen Information und Diskussion war, eine informierte Abstimmung der Pflegefachpersonen zu unterstützen.

Expert_innen-Interviews

In Anbetracht der zu beobachtenden unterschiedlichen bis gänzlich gegensätzlichen Bewertungen, welche Wirkungen und Effekte eine Pflegekammer nach sich ziehen würde, stellt sich die Frage, warum und auf welcher Grundlage Positionen gegenüber der Errichtung einer Pflegekammer eingenommen und nach außen vertreten werden. Um einen empirisch fundierten Überblick über Wissen, Meinungen und Einschätzungen zentraler Akteure in der Berliner Kammerdebatte zu erhalten und in der Studie berücksichtigen zu können, erfolgte im Vorfeld der quantitativen Hauptbefragung der Pflegefachpersonen eine schriftliche und personalisierte Expert_innenbefragung. Dabei handelte es sich um Vertreter_innen unterschiedlicher Akteursgruppen, z.B. Arbeitgeber- und Berufsverbände, Gewerkschaften, politische Parteien oder Kostenträger, sowie um Pflegefachpersonen, die sich ebenfalls aktiv an der Pflegekammerdebatte beteiligen.

Der Zugang erfolgte primär durch eigene Recherchen, z.B. durch Sichtung von Sitzungsunterlagen des Berliner Senatsausschusses für Gesundheit und Soziales, von Verbands- und Veranstaltungslisten oder durch medienanalytische Herangehensweisen. Die recherchierten Personen konnten wiederum in einem Schneeballverfahren auf weitere Personen verweisen, die sie als wichtige Gesprächspartner_innen einstuften. Zudem wurde die Phase der Expert_innenbefragung durch Veröffentlichungen in Fachzeitschriften, Informationen im Internet sowie auf Veranstaltungen publik gemacht, wodurch sich interessierte Personen eigeninitiativ melden konnten. Bis zum Stichtag am 21. September 2014 erhielt das Kammer-Team insgesamt 53 Antworten, die mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet wurden. Die Ergebnisse wurden im Fragebogen für die quantitative Haupterhebung unter den Pflegefachpersonen sowie im begleitenden Informationsflyer berücksichtigt, um eine ausgewogene Darstellung der Argumente für und gegen eine Pflegekammer empirisch zu fundieren.

Die durch die Expert_inneninterviews ermittelten häufigsten Argumente gegen eine Pflegekammer beziehen sich auf die Aspekte:

- Ablehnung der Zwangsmitgliedschaft
- Finanzielle Mehrbelastungen, etwa durch Mitgliedsbeiträge und Kosten durch Fort- und Weiterbildung
- Problematische Arbeitsbedingungen, wie niedrige Löhne und Fachkräftemangel, die die Pflegekammer nicht lösen könne
- Unnötige Bürokratisierung
- Keine stärkere Stimme für die gesamte Pflege

Die durch Expert_inneninterviews ermittelten häufigsten Argumente für eine Pflegekammer beziehen sich auf folgende Aspekte:

- Bündelung der berufsständischen Interessen
- Sicherung einer kontinuierlichen Weiterbildung zur Qualitätssicherung
- Aufwertung und Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe
- Erhöhte Kompetenz zur Regelung pflegerischer Belange
- Verabschiedung einer Berufsordnung.

Flyer

Die ermittelten häufigsten Argumente für und gegen eine Pfle-

Zeit- und Arbeitsplan der Kammer-Studie

	2014				2015							
	Sep	Okt	Nov	Dez	Jan	Feb	Mrz	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug
Recherche	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Auftakt-Veranstaltung	12.											
Webseite und Publikationen	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Durchführung der Interviews	■	■										
Ergebnisse der Interviews		14.										
Vorschlag Flyer + Fragebogen		14.										
Diskussionen Flyer + Fragebogen		14. 15. 23.										
Befragung			■	■	■	■	■					
Flyer			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Abschluss-Veranstaltung								14.				

Tab. 1: Zeitlicher Verlauf.

Informations-Flyer

Abb. 2: Flyer

gekammer sowie stellvertretend ausgewählte Zitate wurden vom Kammer-Team auf der Veranstaltung im Neuköllner Krankenhaus (14.10.2014) öffentlich gemacht und mit Kritikern und Befürwortern diskutiert. Diese Debatte setzte sich im Landespflegeausschuss (LPA) am 15.10.2014 sowie mit einer Arbeitsgruppe des LPA und weiteren Interessensvertretern am 23.10.2014 fort. Die Debatten waren hitzig, führten aber dazu, dass sich alle Beteiligten auf einen Flyer und einen Fragebogen einigten.

Befragung von Pflegefachpersonen

Die Grundgesamtheit der zu Befragenden stellten die examinierten Pflegefachpersonen dar, die derzeit in Berlin im Pflegebereich sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind. Davon sollten mindestens 1.000 Personen im Rahmen einer repräsentativen Quotenstichprobe befragt werden. Die Auswahl der Einrichtungen erfolgte zufallsgeneriert und es gab eine Quoten-Auswahl der Befragungspersonen. Die Daten wurden mündlich und persönlich erhoben. Diese Erhebung erfolgte überwiegend computergestützt (CAPI) und umfasste neben der zentralen Frage nach der Zustimmung oder Ablehnung einer Pflegekammer Fragen zum beruflichen Abschluss, den Berufsjahren, der täglichen Arbeitszeit und der Funktion sowie zum persönlichen Informationsstand, Zweck und Nutzen einer Kammer und der Bereitschaft, einen monatlichen Beitrag zu zahlen.

Feldzugang

Von den Berliner Krankenhäusern, Pflegeheimen und Pflegediensten wurden für die Befragung per Zufallsauswahl Einrichtungen ausgewählt. Die Pflegedienstleitungen wurden durch Kontaktrecherche ermittelt. Sie erhielten ein personalisiertes Erstanschreiben per E-Mail, dem das Begleitschreiben des Senators sowie der Informationsflyer und der Fragebogen beigefügt waren. Das Legitimationsschreiben des Gesundheitssenators, mit dem sich die Interviewer des Kammer-Teams vor Ort ausweisen konnten, wurde als Musterexemplar ebenfalls beigefügt. Nach etwa einer Woche erfolgte ein telefonischer Folgekontakt sowie bei Bedarf weitere Telefonate. Vereinzelt gab es auch den Wunsch eines persönlichen Besuchs im Team oder beim Personal- oder Betriebsrat. Danach fand die Befragung vor Ort zu einem vereinbarten Termin statt. Bei Absagen schickte das Team einen standardisierten E-Mail-Text und betonte die Chance der weiterhin bestehenden Befragungsteilnahme deutlich.

Ablauf der Befragung

Die Befragungen vor Ort erfolgten zu den vereinbarten Terminen. Vorab schickten die Einrichtungen dem Kammer-Team die Namen der Stationen, Bereiche und Funktionsabteilungen, damit zufallsgeneriert der Startpunkt der Befragung ermittelt werden konnte. Jede Interviewer_in erhielt im Vorfeld standardisierte Quoten zur geplanten Anzahl der zu befragenden Pflegefachpersonen sowie deren Berufsabschluss und Geschlecht. Die Erfüllung der Quotenvorgabe wurde protokolliert.

In Pflegediensten und vereinzelt in Pflegeheimen wurden zu den vereinbarten Terminen ausgedruckte Fragebögen ausgegeben, die von den anwesenden Pflegefachpersonen parallel und anonym ausgefüllt wurden. Bei kleinen Tagespflegeeinrichtungen oder SGB XI-Pflegediensten mit weniger als drei, vier angestellten Pflegefachpersonen wurden Termine für eine Telefonbefragung ausgemacht. Das war bei einer Handvoll von Betrieben der Fall.

Dateneingabe

Zur Erfassung der Antworten wurden überwiegend Handys und Tablets verwendet. Die Dateneingabe erfolgte direkt während der Befragung. Es wurden keine Namen, Namenskürzel, Geburtsdaten oder Daten über die Station bzw. den Funktionsbereich oder den Pflegedienst eingegeben. Auch auf den ausgedruckten Fragebögen wurden keine Namen, Namenskürzel, Geburtsdaten oder Daten über die Station vermerkt.

Bericht über die Interviewsituation

„Ah, Sie kommen wegen der Pflegekammer." Wenn die Interviewer_innen mit diesen Worten begrüßt wurden, war deutlich, dass ihr Gegenüber bereits über die Umfrage zur Akzeptanz einer Pflegekammer im Land Berlin informiert war. Hier die Schilderung durch einen der insgesamt sieben Interviewer_innen:

„Ein stets freundliches und höfliches Auftreten in Verbindung mit dem Vorsatz, bei anfänglicher Ablehnung nicht gleich aufzugeben, sind sehr wichtig bei meiner Arbeit.

Viele Pflegende stehen einer persönlichen Befragung anfangs ablehnend gegenüber. Als hilfreich hat es sich herausgestellt zu betonen, dass die Befragung für den Berliner Senat durchgeführt wird. Der Hinweis, dass ich als Interviewer absolut neutral bin, kann dann ebenfalls hilfreich sein. Der kurze Zeitaufwand ist ein weiteres positives Argument, um Pflegende zu überzeugen, an der Befragung teilzunehmen, auch wenn sie gerade kaum Zeit haben.

Die Antworten der Befragten gebe ich direkt vor Ort in mein Smartphone ein. So ist gewährleistet, dass keine Meinungsäußerung verloren geht und kein zusätzlicher Aufwand für die Dateneingabe entsteht. In der Regel dauert ein Interview nicht länger als fünf bis sieben Minuten. Die Durchführung des Interviews unterliegt strengen, standardisierten Vorgaben, damit alle Befragten unter annähernd identischen Bedingungen antworten können.

Häufig werde ich als Interviewer nach meiner ganz persönlichen Meinung gefragt. Viele Pflegende möchten auch gern wissen, in welchen Einrichtungen wir schon überall waren und wie bisher die Tendenz der Ergebnisse ist. Um Objektivität und Neutralität zu wahren, können wir darüber natürlich keine Auskunft geben. Nach einer freundlichen Erklärung haben dafür die Pflegenden immer Verständnis." (M.B.)

Erste Ergebnisse

Mit den über das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg beziehbaren Strukturdaten zu den examinierten Pflegefachpersonen in Berlin lagen entsprechende Quotenvorgaben für die repräsentative Stichprobe vor. Die Strukturdaten beziehen sich auf den Arbeits-

Widersprüchliche Haltungen zum Beitrag							
Meinung zur Kammer (Häufigkeit)	5-7 Euro	8-10 Euro	11-15 Euro	Kein Beitrag	Keine Angaben	Nicht beantwortet	Gesamt 1.196
Ja (703)	246	225	68	79	82	3	79 (6,6%)
Nein (205)	14	7	0	146	36	1	21 (1,8%)
Kann ich nicht beurteilen (165)	35	18	2	71	38	1	
Ist mir egal (54)	13	2	0	27	12	1	92 (7,7%)
Keine Angaben (69)	17	5	0	26	21	0	

Tab. 4: Widersprüchliche Haltung zu den Mitgliedsbeiträgen.

bereich Krankenhaus, Pflegeheim oder ambulanter Pflegedienst, die beruflichen Abschlüsse Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie das Geschlecht der Pflegefachpersonen. Anhand dieser Vorgaben konnte ebenfalls abgeschätzt werden, wie viele Pflegeinrichtungen für die Befragung gewonnen werden mussten.

Bei den Krankenhäusern lag die Zahl der tatsächlich befragten Einrichtungen knapp unterhalb der geplanten (34 statt der anvisierten 35), bei den ambulanten Pflegediensten knapp oberhalb (41 statt geplanter 40) der Quote. Mit 53 befragten Pflegeheimen wurde die geschätzte Zahl von 41 Einrichtungen übererfüllt. Dies ist vor allem auf den Stichprobenumfang der Tagespflegeeinrichtungen mit wenigen Pflegefachpersonen zurückzuführen, wodurch die durchschnittliche Anzahl der Befragten pro Einrichtung sank bzw. die Anzahl der zu befragenden Einrichtungen anstieg.

Bis zum Stichtag am 31. März 2015 wurden 1.196 Pflegefachpersonen befragt. Da die realisierte Stichprobe erwartungsgemäß leicht von den Quotenvorgaben abwich, erfolgte eine Gewichtung der Stichprobe, beispielhaft dargestellt für das Strukturmerkmal Arbeitsbereich (Tab. 2). Auf die zentrale Frage „Sind Sie persönlich für die Einrichtung einer Pflegekammer in Berlin?“ antworteten die Befragten wie folgt (Tab. 3).

Gewichtung der Stichprobe						
	Quotenvorgabe		Realisierte Stichprobe		Gewichtete Stichprobe	
Arbeitsbereich	N	%	N	%	N	%
Krankenhaus	519	51,9	615	51,4	624	52,2
Pflegeheim	246	24,6	336	28,1	293	24,5
Pflegedienst	235	23,5	245	20,5	279	23,3
Gesamt	**1.000**		**1.196**		**1.196**	

Tab. 2: Quotenvorgabe und Gewichtung am Beispiel Arbeitsbereich.

Zustimmung zu einer Kammer?		
Ja	**703**	**58,8%**
Nein	**205**	**17,1%**
Kann ich nicht beurteilen	**165**	**13,8%**
Ist mir egal	**54**	**4,5%**
Keine Angaben	**69**	**5,8%**
Gesamt	**1.196**	**100%**

Tab. 3: Akzeptanz einer Pflegekammer.

Haltung zu den Mitgliedsbeiträgen

Zur Frage der Mitgliedsbeiträge konnte die Befragung widersprüchliche Haltungen aufdecken (Tab. 4). So gab es Befürworter einer Kammer, die nicht bereit waren, einen Beitrag zu entrichten (6,6%), aber auch Gegner, die hierzu bereit waren (1,8%). Vor allem die bisher Unentschiedenen waren in einem hohen Umfang bereit, einen Beitrag zu zahlen (7,7%).

Ist die Studie repräsentativ?

Diese Studie ist repräsentativ, weil sie mit 1.196 befragten Pflegefachpersonen umfangreich genug ist und weil sie die strukturelle Zusammensetzung der Berliner Pflegefachkräfte nach Berufsabschluss, Arbeitsbereich und Geschlecht sehr gut abbildet. Damit hat das Team der Alice Salomon Hochschule eine repräsentative Stichprobenbefragung zur Akzeptanz einer Pflegekammer in Berlin durchgeführt. Die Befragung richtete sich an examinierte Pflegefachpersonen, die in mündlich-persönlichen Interviews vor Ort befragt wurden. Die Einrichtungen wurden in einem Zufallsverfahren für die Befragung ausgewählt. Über die Namen der Stationen einer Einrichtung erfolgte eine Zufallsauswahl des Bereichs, in dem mit der Befragung begonnen wurde. Die Auswahl der auf den Stationen angetroffenen Befragungspersonen erfolgte nach vorgegebenen Quoten.

Die nächsten Schritte

Auf der Abschlussveranstaltung am 14. April 2015 im Roten Rathaus wertete der Senator für Gesundheit, Mario Czaja (CDU) das Ergebnis der repräsentativen Befragung der Pflegefachpersonen als eindeutigen Auftrag, die Gründung einer Pflegekammer voranzutreiben. Zu diesem Zweck befindet sich derzeit ein öffentlicher Fachdialog mit relevanten Akteuren in Planung. Das Veranstaltungsformat soll darüber hinaus genutzt werden, um Erfahrungen mit den Bundesländern auszutauschen, in denen bereits Prozesse zur Gründung einer Pflegekammer angestoßen wurden. Das Team der Alice Salomon Hochschule erstellt momentan den Abschlussbericht und weitere Veröffentlichungen, es beantwortet Fragen von Einzelpersonen und Verbänden und nimmt an Veranstaltungen teil.

Befragung der Auszubildenden in der Pflege

Im Rahmen der quantitativen Hauptbefragung wurden bislang die Stimmen examinierter Pflegefachpersonen berücksichtigt. Aktuell wird das Studiendesign durch eine Befragung der Auszubildenden in den Pflegeberufen erweitert. Die Befragung ist als Online-Befragung konzipiert. Der Zugang soll individualisiert erfolgen, um Mehrfach-

beteiligungen und die Beteiligung nicht-intendierter Zielpersonen zu vermeiden. Angesprochen sind alle Schüler_innen der Gesundheits- und Krankenpflege, der Altenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, die derzeit in Ausbildung sind. Verteilt auf die einzelnen Ausbildungsgänge liegen die Anteile unter den schätzungsweise 5.400 Auszubildenden bei 55 Prozent im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege, 40 Prozent in der Altenpflege sowie 5 Prozent in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Der Zugang zur Befragtengruppe erfolgt über die Pflegeschulen. <<

Autorenerklärung

Es bestehen keine Interessenkonflikte.

Danksagung

Wir danken Susanne Gebauer für Ihre Mithilfe bei der Endredaktion.

Study on the acceptance of a nursing council in Berlin - Design, experience and first results

Are nursing professionals in favor of establishing a nursing council or do they reject the idea? This was the key question of the study on the acceptance of a nursing council in Berlin, which was initiated by the Berlin Senate Department of Health and Social Affairs and received public funding accordingly. Since August 2014, the Alice Salomon University of Applied Sciences is conducting the study using a sequential mixed methods design, which combines expert interviews with a representative survey among nursing professionals in Berlin. 1196 of them took part in the representative computer assisted personal survey. 58.8% answered in favor of a nursing council in Berlin. Since June 2015, as a part of the study, all nurse trainees in Berlin are asked to participate in an online survey on the acceptance of a nursing council.

Keywords

Nursing council Berlin, mixed methods design, computer assisted personal interviews (CAPI), expert interview, online survey

Literatur

Amt für Statistik Berlin Brandenburg (Hrsg.): Statistischer Bericht A IV 2-j / 12. Krankenhäuser im Land Berlin 2012. Teil 1 Grunddaten. https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/stat_berichte/2013/SB_A04-02-00_2012j01_BE.pdf

Amt für Statistik Berlin Brandenburg (Hrsg.): Statistischer Bericht KVIII 1-2j / 11. Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Empfänger von Pflegegeldleistungen. https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/stat_berichte/2012/SB_K08-01-00_2011j02_BE.pdf

Deter, E. (2012): Rechtliche Zulässigkeit und mögliche Kompetenzen einer Pflegekammer in Niedersachsen..www.ms.niedersachsen.de/startseite/themen/soziales/pflegeversicherung/pflegekammer/pflegekammer-niedersachsen-110014.html

Gläser, J./Laudel, G. (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 3., überarbeitete Auflage, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Igl, G. (2008): Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und Ihrer Tätigkeit, Voraussetzungen und Anforderungen, Urban&Vogel Verlag

Institut für Kammerrecht e.V. (IFK). HYPERLINK „http://www.kammerrecht.de“ www.kammerrecht.de. Letzter Zugang: 08.07.2015

Jacob, R./Heinz, A./Décieux, J. P./Eirmbter, W. H. (2011): Umfrage: Einführung in die Methoden der Umfrageforschung. 2. Aufl. München: Oldenbourg.

Kelle, U. (2007): Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung. Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage, Weinheim: Beltz.

Nationale Konferenz zur Errichtung von Pflegekammern in Deutschland. www.pflegekammer.de. Letzter Zugang: 08.07.2015

Prokropp, F. (1996): Stichproben. Theorie und Verfahren. 2. Aufl. München, Wien: Oldenbourg.

Roßbruch R. (2001) Sind Pflegekammern verfassungsrechtlich zulässig und berufspolitisch notwendig? PflegeRecht 5, S. 2-16.

Scholl, A. (2003): Die Befragung. Sozialwissenschaftliche Methode und kommunikationswissenschaftliche Anwendung, Konstanz: UVK.

Prof. Dr. phil. Ingrid Kollak

ist seit 1995 Professorin für Pflegewissenschaft an der Alice Salomon Hochschule Berlin und leitet die Studie zur Akzeptanz einer Pflegekammer in Berlin, die wissenschaftliche Evaluation des Projekts „ES WAR EINMAL...Märchen und Demenz“ (BMFSFJ) und die Studie EyeTrack zur Unterstützen Kommunikation (BMBF). Neben ihrer Lehre publiziert sie umfangreich zu ihren Forschunsgschwerpunkten (www.ash-berlin.eu/hsl/kollak). Kontakt: kollak@ash-berlin.eu

Stefan Meyer, M.A.

ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der Alice Salomon Hochschule. Er studierte Politikwissenschaft an der Universität Bremen und an der Freien Universität Berlin. Nach seinem Studium arbeitete er als wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Public-Sector-Beratung. In seinen Arbeitsbereich fallen insbesondere die qualitativen Forschungsmethoden der Studie.
Kontakt: stefan.meyer@ash-berlin.eu

Joachim Kuck, M.Sc., MPH

ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der Alice Salomon Hochschule Berlin in der Studie zur Akzeptanz einer Pflegekammer in Berlin, Schwerpunkt quantitative Forschungsmethoden. Er ist ausgebildeter Pflege- und Gesundheitswissenschaftler und besitzt einen Master in Medizinischer Biometrie.
Kontakt: kuck@ash-berlin.eu

Weitere Informationen unter: ww.ash-berlin.eu/forschung/forschungsprojekte/kammer-studie

Dr. P.H. Heidemarie Kelleter M.A.

Qualitätsindikatoren und Effekte zur Qualitätssicherung

Bereits seit längerem operiert das Gesundheits- und Pflegewesen mit vielen, stets weiterentwickelten Indikatoren zur Sicherstellung und Transparenz der Qualität von Versorgung. Im internen Qualitätsmanagement von Einrichtungen werden infolgedessen Versorgungsdaten nach bestimmten internen Regeln und externen Vorgaben erfasst. Vergleiche der Qualität begründen sich methodisch immer auf entsprechenden Nachweisen. Bisher beruht eine Bewertung der Qualität nicht auf Versorgungsergebnissen, sondern auf Prozessen. Dem möglichen Nutzer von Versorgungsleistungen wird über Qualitätsberichte oder Pflegetransparenzberichte lediglich ein Stand zur Qualität vermittelt.

>> Im Kooperationsprojekt „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe – EQisA“[2] des Diözesan-Caritasverbandes Köln und dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld werden seit Januar 2012 Indikatoren in Pflegeeinrichtungen eingesetzt, um realistische Qualitätsbeurteilungen zu erhalten, sich zu vergleichen und für die Qualitätssicherung zu nutzen. Das 2010 vom IPW, im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums sowie des Bundesministeriums für Familien und Senioren, entwickelte Konzept wurde anschließend in die Pflegeversicherung (SGB XI) aufgenommen und seit 2012 weiterentwickelt.

Bewertet wird in dem Konzept, was tatsächlich beim Pflegebedürftigen ankommt, unabhängig von Struktur- und Prozessqualität. Dafür werden zentrale, von der Pflege maßgeblich gelenkte Aspekte der Ergebnisqualität anhand von Veränderungen des Gesundheitszustandes ermittelt.

Neben den 15 gesundheitsbezogenen Indikatoren der Qualitätsbereiche Erhalt und Förderung von Selbstständigkeit, Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen sowie Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen, werden weitere Qualitätsaspekte aufgenommen. Hierzu zählen beispielsweise die Aktivitäten der Bewohner und die Befragung der Angehörigen zur gelungenen Zusammenarbeit mit der Pflegeeinrichtung.[3] Zudem werden ausgewählte Strukturdaten der Einrichtung erfasst.

Die Ziele

Ziele des Projektes sind Ergebnisqualität in den beteiligten Pflegeeinrichtungen pflegewissenschaftlich zu begründen und die Wirkungen auf die Qualitätsverbesserungen in Pflegeorganisationen zu erkennen. Voraussetzung ist, dabei neue Assessmentinstrumente anzuwenden und für das interne Qualitätsmanagement wirksam zu nutzen. Die Funktion der methodischen Begleitung zur Anpassung des Erhebungsinstrumentariums, der methodischen Anleitung und der Datenauswertung kommt dabei dem Institut für Pflegewissenschaften zu.

Pflegeergebnisqualität mithilfe von Indikatoren in Kennzahlen zu messen und zu vergleichen, ist für das interne Qualitätsmanagement von Pflegeeinrichtungen von exponiertem Nutzen. Dazu ist es strategisch sinnvoll, die Ziele, die mit dem Konzept der Ergebnisindikatoren verbunden werden, in der Organisation zu definieren.

Aufbau und Vorgehensweise

Durch systematische interne Vollerhebungen werden kontinuierlich alle sechs Monate Daten IT-gestützt erfasst, extern ausgewertet und mithilfe verschiedener Methoden im Zeitverlauf und auf ihre Plausibilität evaluiert. Anhand einer definierten Stichprobe werden ausgesuchte Ergebnisse kollegial in Fallbesprechungen mit qualifizierten internen und externen Pflegeexperten in einem strukturierten Dialog reflektiert. Dabei wird festgestellt, ob die Ergebnisse richtig erhoben, nachvollziehbar sind und inwieweit zur Verbesserung der Qualität beraten werden soll. Für das interne Qualitätsmanagement wird ein Bericht[4] über Abweichungen, Beurteilungen und Korrekturmaßnahmen erstellt. In diese Plausibilitätsüberprüfung wurden bisher mehr als 2.000 Bewohner einbezogen. Erkenntnisse dieser Überprüfungen und der Qualitätsdialoge wurden in Expertenrunden reflektiert und führten zur Verbesserung der Methodik. So wurde beispielsweise die Bewertungsregel für den Indikator Integrationsgespräch nach dem Heimeinzug verändert.

Ein Qualitätsbericht des Instituts für Pflegewissenschaft liefert der Einrichtung detaillierte Kennzahlen zur Ergebnisqualität sowie zu weiteren, für das interne Qualitätsmanagement sinnvolle, Kriterien. Die übersichtlichen Ergebnisse nach definierten Wohnbereichen eröffnen Möglichkeiten zum Vergleichen der Qualität und für ein Benchmarking. Sie geben der Einrichtung somit Ansatzpunkte für Verbesserungspotential. Bisher haben nur einige Einrichtungen aus-

Zusammenfassung

In diesem Beitrag werden Erkenntnisse zur Umsetzung eines Konzeptes zur Ergebnisqualität und der resultierenden Effekte zur Qualitätssicherung ausgewählter pflegewissenschaftlicher Indikatoren dargestellt. Die Evaluation[1] zeigt auf, welche Maßnahmen für eine nachhaltige Pflegequalität in Einrichtungen der Langzeitpflege relevant sind. Ermittelt wurden die dargestellten Ergebnisse in dem Projekt EQisA.

Schlüsselwörter

Gesundheit, Indikatoren, Kennzahlen, Kompetenz, Management, Pflege, Reflexion, Qualität, Veränderung

1. Metaevaluationen
2. Ein Beirat, in dem neben drei Medizinischen Diensten und dem Prüfdienst der privaten Krankenversicherung auch Ministeriumsvertreter aus zwei Ländern und zwei Kassenvertreter der Bundesebene sitzen, begleitet das Projekt EQisA.
3. Bestandteile des Projektes EQisA
4. Peer-Review

gewählte Ergebnisse ihrer Ergebnisqualitätsberichte öffentlich zugänglich gemacht.

Insgesamt beteiligen sich aktuell 173 Pflegeeinrichtungen wohlfahrtsübergreifend und bundesweit von 56 Trägern mit unterschiedlicher Platzzahl und Konzeption in diesem Qualitätsprojekt. Die Einrichtungen sind aus wissenschaftlichen und Datenschutzgründen kodiert. Insgesamt 75 der beteiligten Einrichtungen sind in Bayern und 81 in Nordrhein-Westfalen. Die Einrichtungen sind sowohl im ländlichen als auch im städtischen und im Großstadtbereich angesiedelt. Die durchschnittliche Platzzahl liegt bei 92. In der kleinsten Einrichtung leben 27 Bewohner, in der größten Einrichtung insgesamt 280 Bewohner. Die Abbildung[5] zeigt die Größenverteilung der Projekteinrichtungen:

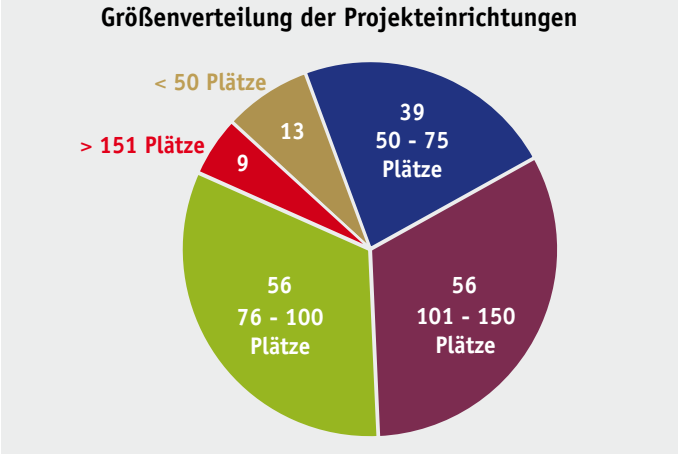


Abb. 1: Größenverteilung der Projekteinrichtungen. Einrichtungen n = 173

Die in der Pflegebedürftigkeit heterogene Bewohnerstruktur ist über die Einrichtungen gleich verteilt. Aktuell werden mehr als 16.000 Bewohner in das Konzept einbezogen.

Der Anteil der Pflegefachkräfte liegt in den Einrichtungen zwischen 50% und 80%. Den überwiegenden Teil davon bildet die Berufsgruppe der Altenpflegefachkräfte. Die Pflegeeinrichtungen müssen Kooperationsanforderungen zur Einhaltung des Datenschutzes erfüllen sowie sich intern systematisch auf die Datenerfassungen vorbereiten und außerdem die kontinuierliche Steuerung sicherstellen. Das ist zu Beginn mit Aufwand verbunden, der Freiräume und Management erfordert. Zuerst sind alle Beteiligten zu informieren. Die Bewohner und deren Angehörige[6] über die Inhalte der anonymisierten Datenerfassungen in Kenntnis zu setzen und die Mitarbeiter über das Konzept und seinen Nutzen für die Einrichtung zu informieren. Bewährt haben sich in diesem Zusammenhang die Einbindung des Heimbeirates, des Heimfürsprechers oder/und andere Informationszugänge wie Heimzeitung und Angehörigentreffen. Die Information der Mitarbeiter muss in den Arbeitsablauf eingebracht werden, beispielsweise über eine Mitarbeiterversammlung/–vertretung oder Teambesprechungen.

— — — —

5. Kategorisierung der Einrichtungsgröße erfolgt zur Evaluation
6. sowie gesetzliche Betreuer
7. Anforderungen an den EQisA-Projektbeauftragten Stand 30.06.2014

Es geht in dem Konzept um erfolgreiche Pflege, also um das, was die Einrichtung bzw. ihre Mitarbeiter bewirken und wie gut es gelingt, Gesundheit und Selbstständigkeit des Bewohners zu erhalten und ihn vor Gefährdungen zu schützen. Deshalb sind in dem Konzept auch Ausschlussgründe definiert, wann Bewohner nicht in die Erfassung einbezogen werden.

Wie im Qualitätsmanagement üblich, sind diese Vorgaben mit der ersten Datenerfassung als Regel aufzunehmen, damit bei Neueinzug eines Bewohners oder bei Neueinstellung eines Mitarbeiters planmäßig hierzu informiert wird.

Pflegedienstleitungen oder Qualitätsbeauftragte sind prädestiniert für die Koordination der kontinuierlichen Steuerung als Multiplikator.

Die Aufgaben[7] und inhaltlichen Vorgaben sind wie folgt definiert:

- Steuerung und Ansprechpartner in der Einrichtung
- Durchführung der internen Anwenderschulung zur Einweisung in das Erhebungsinstrument mit dem aktuellen Manual entsprechend der Vorgaben
- Teilnahme an Vor- und Nachbereitungen der Datenerhebungen
- Vorbereitung der internen Datenerhebung
- Datenprüfung nach der Erhebung
- Vollständige Datenübermittlung bis zum versehenen Zeitpunkt
- Beteiligung an der Evaluation

Nach Einweisung in das Konzept und die Schulung der Multiplikatoren (jeweils der Projektbeauftragte und Stellvertretung einer Einrichtung) wurden von diesen in den Projekteinrichtungen für die anstehende Erhebung im März in den ersten beiden Monaten des Jahres rund 650 Anwender geschult.

Neben dem Stichtag ist auch die Gruppengröße der intern zugeordneten Bewohner über eine Kodierungsliste festgelegt, damit ein seriöser Vergleich von Bereichen in der Pflegeeinrichtung möglich ist. Sonderbereiche mit spezieller pflegerischer Versorgung werden gesondert berücksichtigt.

Unerheblich ist, in welcher Form der Pflegeprozess in der Pflegeeinrichtung dokumentiert wird (auf Papier oder IT-gestützt). Eine strukturierte und systematische Vorbereitung ist jedoch unerlässlich. Hierzu eignet sich der Erhebungsbogen, damit in einer 14-tägigen Erhebungsphase kein zusätzlicher Aufwand für die Suche von Routinedaten entsteht. Prinzipiell sind die zeitlichen Ressourcen für die Datenerhebungen bei der Dienst- und Urlaubsplanung zu berücksichtigen. Ebenso ist zu regeln, wer bei Abwesenheit die Aufgaben zur Datenerfassung übernimmt. Bei erstmaliger Erfassung der Daten ist es nützlich, die Planung und Durchführung von außen zu begleiten, um Einrichtungen bei unerwarteten Problemen entsprechend zu beraten (Hotline).

Die weitere interne Vorbereitung bezieht sich auf archivierte Dokumente, wie z.B. abgeheftete Pflegeplanungen, Sturzprotokolle oder Nachweise der Integrationsgespräche. Analog sind Vorbereitungen zu treffen, wenn der Pflegeprozess mittels IT-gestützter Dokumentation erfolgt, wie Zugriffsrechte für abgespeicherte Informationen und Daten.

Die Anwendung der wissenschaftlichen Instrumente zur Erfassung von Ergebnissen für die Qualitätsbeurteilung hat ausschließ-

lich durch zuvor geschulte Pflegefachpersonen zu erfolgen. Erfasst werden die Indikatoren nach bestimmten Regeln (stichtagbezogene Auflistung, Codierung, Ausschlussgründe, Erhebungszeitraum) und mittels eines standardisierten Instruments (Erhebungsbogen) intern erhoben. Dabei sind die verwendeten Kriterien bei den Einschätzungen zur Selbstständigkeit eines Bewohners identisch mit den NBA Modulen 1-4 und dem Modul 6.

Die Erfassung der Daten in Form von Vollerhebungen führt zu einer retroperspektiven, vergleichenden Qualitätsbeurteilung von Einrichtungen. Einerseits werden bereits vorliegende Routinedaten eines bestimmten Zeitraums aus der Pflegedokumentation, wie beispielsweise die Gewichtangabe oder ein Sturzereignis, für die Erhebung entnommen, andererseits erfolgt eine systematische, aktuelle Einschätzung der Fähigkeiten und Beeinträchtigungen des Pflegebedürftigen mittels vorgegebener Kriterien. Konkretisiert sind diese Kriterien in einem Manual, das ebenfalls für die Schulung der Anwender genutzt wird.

Die Art und Weise der Erfassungen sind für die Pflegeeinrichtungen neu und speziell zu Beginn etwas aufwändiger, insbesondere wenn die Kontinuität und der fachliche Diskurs in der Pflegeeinrichtung nicht gesichert sind.

In der Erfassung wird beispielsweise nicht danach gefragt, ob Maßnahmen der Dekubitus- oder Sturzprophylaxe vollständig und in geeigneter Form in der Pflegedokumentation abgebildet sind. Ferner divergieren tatsächliche Fähigkeiten oder Beeinträchtigungen von Pflegebedürftigen häufig zu den Informationen, die sich in der Pflegedokumentation finden.

Die Darstellung der extern ausgewerteten Qualitätsergebnisse erfolgt in einem vergleichenden Kennzahlenbericht. Eine solche Erfassung der Daten ist kein Selbstzweck und eine Validierung der intern erhobenen Daten sowie Einschätzungen auf Richtigkeit durch eine neutrale Stelle sind unerlässlich. Die Prüfung der Daten auf Plausibilität erfolgt einerseits statistisch (hier durch das IPW) und kann darüber hinaus auch zur Qualitätssicherung, stichprobenartig in der Pflegeeinrichtung mit den Akteuren in Triangulation (Flick 2011:12) geprüft und fachlich reflektiert werden. Ist die Angabe für den unbeabsichtigten Gewichtsverlust bei dem kognitiv veränderten Bewohner in der Einrichtung für externe Pflegeexperten nachvollziehbar? Ebenfalls muss die Dekubitusentstehung mit angegebenem Grad und sein Entstehungsort in der Pflegedokumentation fachlich nachvollziehbar sein – auch wenn dieser bereits, beim Bewohner ersichtlich, abgeheilt ist.

Ergänzende Qualitätsaspekte, wie die Aktivtäten der Bewohner und die Befragung der Angehörigen zur gelungenen Zusammenarbeit mit der Pflegeeinrichtung, sind aufzunehmen.

Die Ergebnisse von Einrichtungen werden in Benchmarkingzirkeln sowohl trägerintern als auch trägerübergreifend im Zeitverlauf reflektiert und auf Einflussgrößen hin analysiert.

Ausgewählte Ergebnisse

Für 75% der aktuellen Pflegeeinrichtungen liegen Kennzahlen aus mindestens zwei Erhebungen vor, bei 25% sind zwischenzeitlich die Ergebniskennzahlen über einen Zeitverlauf von sieben Erhebungen nachvollziehbar. Hier zeigt die Gesamtauswertung über dreieinhalb Jahre bei jedem zehnten Bewohner mit hohem Risiko eine Dekubitusentstehung in der Pflegeeinrichtung. Jedoch konnten in einigen wenigen Einrichtungen keine neuen Dekubitalulzeras, trotz hohem Dekubitusrisiko, über einen längeren Erhebungszeitraum festgestellt werden. Die Kennzahlen liefern wichtige Informationen für das interne Qualitätsmanagement einer Pflegeeinrichtung. Eine kontinuierliche Verbesserung der pflegerischen Versorgung lässt sich durch die Analyse, den Vergleich und die systematische Reflexion von Ergebnissen sichern. Insofern sind Ergebniskennzahlen für die internen Entwicklungen von Strukturen und Prozessen einzubinden. Eine solche Systematik wird die Selbststeuerungskompetenz der Pflegeeinrichtung steigern. Zudem wird der realistische Stand der Qualität den Beteiligten transparent. Das Konzept zur Ergebnisqualität wird zum prägnanten Merkmal guter Versorgung in Einrichtungen der Langzeitpflege.

Auswirkungen von ungeplanten Veränderungen in der Pflegeorganisation wurden unmittelbar in der nächsten Erhebung mit unterdurchschnittlichen Ergebniskennzahlen in der Bewohnergruppe mit hohen Risiken sichtbar, insbesondere beim Indikator zur De-

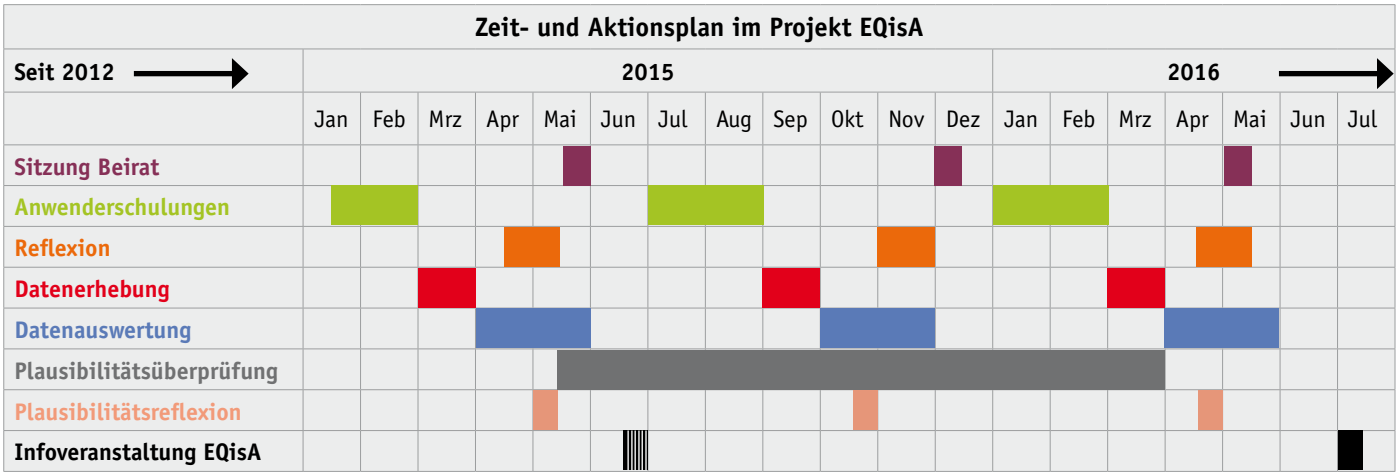


Abb. 2: Zeit- und Aktionsplan im Projekt EQisA.

kubitusentstehung sowie dem Indikator unbeabsichtigter Gewichtsverlust.

Konsequenzen für das interne Qualitätsmanagement

Mit dem Qualitätsbericht des Instituts erhalten die Einrichtungen andere Bewertungen als sie bisher kennen. Die Darstellung von wirksamer Pflege in Kennzahlen ist ungewohnt für Pflegende. Deshalb müssen diese Ergebnisse und die Bewertungsregeln intern kommuniziert werden. Ursachen für Kennzahlen, die schlechte Ergebnisse ausweisen, sind zu ergründen und ersichtliche Qualitätsunterschiede in den Wohnbereichen zu untersuchen. Eine hohe Fachkraftquote allein ist für eine hohe Ergebnisqualität nicht ausreichend.

Bereits mit der ersten Datenerhebung sollten alle Pflegefachkräfte einer Einrichtung sukzessive in der Anwendung der Instrumente geschult werden, damit die Verteilung der Fachlichkeit in der Einrichtung dem durch die Bewohner definierten Anforderungsprofil entspricht.

Bei dieser Art der Qualitätserfassung mit externer Qualitätsbeurteilung werden Beteiligte von Beginn an und Bottom-up[8] in die Veränderungsprozesse zur Qualitätssteigerung einbezogen. Bereits nach der ersten Datenerhebung und den ersten Qualitätskennzahlen lassen sich so zentrale Strategien für das interne Qualitätsmanagement ableiten. Durch den Einbezug der Akteure, die maßgeblich bei der Umsetzung von Pflegequalität beteiligt sind, können bereits bei den Erfassungen mittels des Erhebungsinstruments erkannte pflegerische Interventionen eingeleitet werden. Die Steuerung von Pflegeprozessen wird zum konstitutiven Element der Arbeitsrolle der Pflegefachkräfte. Dies führt unmittelbar zu Qualitätsverbesserungen in der fachlichen Pflege.

Pflegerische Maßnahmen sind vielfach beeinflusst durch den Ablauf und die Organisation von Pflege. Sich ausschließlich zu den Erhebungszeitpunkten mit den Instrumenten zu beschäftigen, ist weder zweckmäßig noch führt dies nachhaltig zu Verbesserungen der Pflegequalität. Deshalb sind Inhalte und Vorgehen des Konzeptes ins interne Qualitätsmanagement zu implementieren. Wenn man sich zwischen den Erhebungen mit den Gesundheitsindikatoren befasst, fördert dies Lerneffekte und leitet über zu einer reflektierten Pflege. So kann das Erhebungsinstrument auch zur Pflegevisite eingesetzt werden. Für den internen als auch für den externen Vergleich werden die gesundheitsbezogenen Indikatoren mit einer bezweckten Differenzierung von Pflegebedürftigen (Gruppenbildung) fokussiert. Weitere, für das interne Qualitätsmanagement nützliche Kennzahlen sind einzubeziehen. Vor allem welche, die für die Steuerung von Pflege bedeutsam sind, wie beispielsweise zur Medikation.

Für die erforderlichen Maßnahmen zu Qualitätsverbesserungen in der Praxis sind alle Bereiche einer Organisation involviert und müssen in einer Einrichtung gemeinsam, bereichsübergreifend erarbeitet werden. Kommt es beispielsweise zu einem unbeabsichtigten Gewichtsverlust bei Bewohnern, ist in Kooperation mit der Hauswirtschaft ein Ernährungskonzept zu erstellen. Der Erfolg dieser Maßnahme ist wiederrum anhand des Qualitätsindikators im Zeitverlauf messbar.

In der Ergebnisqualität wird die Wirksamkeit von eingeleiteten Maßnahmen deutlich. Deshalb sind auch Risiken und Gefährdungen der zu versorgenden Pflegebedürftigen in Maßnahmenplanungen nicht nur zu berücksichtigen, sondern müssen in fachliches Handeln enden. Dies zeigt sich z.B. auch nicht daran, wie häufig ein Bewohner stürzt, denn Stürze lassen sich bei erheblich kognitiv eingeschränkten Pflegebedürftigen nicht immer vermeiden, sondern wie es tatsächlich gelingt, durch präventive Ansätze die Stürze mit gravierenden Folgen zu verhindern. Denn die Folgen eines Sturzes können neben Schmerzzuständen zu weitreichenden Mobilitätseinbußen oder Einschränkungen der Selbstständigkeit und somit zum Verlust von Lebensqualität bei Pflegebedürftigen führen. Alle Sturzerfassungen in der Einrichtung sind deshalb im Zeitverlauf auszuwerten und für interne Reflexionen zu nutzen. Wer ist wann, wie häufig von einem Sturzereignis betroffen? Zeitpunkte und Orte von gehäuften Sturzereignissen sind zu analysieren. In einem nächsten Schritt sind dazu das Umfeld, die Arbeitsorganisation und die Stellenbesetzung abzugleichen. Qualifikationsprofile der Akteure sind dahingehend zu prüfen, ob sie passgenau für die Versorgungskonzeption oder durch Qualifizierung zu ergänzen sind.

Pflege als Kernprozess der Pflegeeinrichtung benötigt Lernräume, die eine Reflexion von Ergebnisqualität und resultierende Veränderungen zulassen. Wie sich zeigt, führen sowohl die Datenerhebungen als auch die Plausibilitätsüberprüfungen zu interessanten Einblicken in das Kerngeschehen der pflegerischen Versorgung in den Einrichtungen. Für die Wirksamkeit entsprechend dem PDCA Zyklus[9] müssen diese Qualitätskennzahlen und ihre Bedeutung in den Pflegeeinrichtungen reflektiert werden. Damit Wirkungsorientierung aber nachhaltig wird, sind die Veränderungsbereitschaft innerhalb der Organisation und ein strategischer Dialog mit den Akteuren notwendig. So liefern die Ergebnisberichte den Einrichtungen eine sachliche Grund-

8. Zur Bedeutung des „Bottom-up" Prinzips siehe auch Seghezzi 2003:197ff
9. Erklärung zum PDCA Zyklus siehe Zollondz, 2002:78

Literatur

Guba, Egon G; Lincoln, Yvonna S. (1989): Fourth generation evaluation. Sage Publications, Newbury Park, London, New Delhi.
Flick, Uwe (2011): Triangulation. 3. Aktualisierte Auflage, VS Verlag, Wiesbaden.
Kruse, Jan (2015): Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. 2. Auflage, Beltz Juventa, Weinheim und Basel.
Seghezzi, Hans Dieter (2003): Integriertes Qualitätsmanagement. Das St. Galler Konzept. 2., vollständig überarb. u. erw. Auflage, Carl Hanser, München, Wien.
Patton, Michael Quinn (2008): Utilization-Focused Evaluation. Sage publications, Los Angeles, London u.a.O.
Wingenfeld, Klaus et al. (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Hg. vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin
Zollondz, Hans-Dieter (Hrsg.) (2002): Grundlagen Qualitätsmanagement. Einführung in Geschichte, Begriffe, Systeme und Konzepte. R. Oldenbourg Verlag, München, Wien.

lage für die interne Qualitätszirkelarbeit. Detaillierte Ergebnisse der Wohnbereiche geben wichtige Informationen für differenzierte Fortbildungen in den einzelnen Bereichen oder für Pflegefachkräfte in der Einrichtung. Von der Förderung der Personal- und Organisationsentwicklung profitieren die Pflegebedürftigen.

Zumeist spiegelt auch die Pflegedokumentation die Informationen zur Fähigkeiten oder Beeinträchtigungen des Pflegebedürftigen nicht wider. Mit allen an der Pflege Beteiligten sind diese Fragen und Erfahrungen zu kommunizieren, beispielsweise um Schwachstellen bei pflegerischen Einschätzungen zukünftig zu vermeiden oder um Chancen zur Ressourcenförderung bei den Pflegebedürftigen nicht zu übersehen. Schritte des internen Qualitätsmanagements müssen auf die Steuerung der Pflegeprozesse und somit auf die Bewohner ausgerichtet sein. Es ist nicht zu unterschätzen, wie weit die gesundheitsbezogenen Indikatoren ins interne Qualitätsmanagement hineinwirken. Die Kennzahlen sind begreiflicherweise unmittelbar relevant. Aus den gewonnenen Erkenntnissen über Stärken und Schwächen der Einrichtung sind Maßnahmen zur Qualitätssicherung abzuleiten.

Im Verlaufsvergleich der Ergebnisse über mehrere Erfassungen werden Qualitätsverbesserungen in der Ergebnisqualität erkennbar. Ein direkter Einbezug von Pflegeakteuren im Qualitätsgeschehen fördert zudem eine höhere Identifikation bei den resultierenden Qualitätsverbesserungen. Diese Identifikation bewirkt eine höhere Akzeptanz, die dazu führt, dass Implementierungsstrategien breiter umgesetzt werden. Wenn die Ergebnisse der Indikatoren kontinuierlich in einem 6-monatigen Rhythmus erhoben, analysiert und verglichen werden, lassen sich Verläufe der Qualität mit der Zielplanung der Einrichtung verbinden. Erfolge durch fachliche Pflege, wie die Durchführung von Prophylaxen, werden sichtbar, beispielsweise anhand einer niedrigen Dekubitusinzidenz. Gelingt es einer Einrichtung nicht, ihr Qualitätsniveau zu halten oder zu verbessern (z.B. hohe und steigende Dekubitusinzidenz), ist hierfür die Ursache in einer möglichen Ressourcenbegrenzung oder einer Limitierung der Möglichkeiten zu suchen.

Fazit

Die Komplexität von Qualität einer Pflegeeinrichtung wird vermeintlich nicht auf wenige Ergebniskennzahlen reduziert, sondern diese Qualitätskennzahlen sind von Zielen abgeleitet und unterstützen die Pflegeeinrichtung bei der inhaltlichen Steuerung ihres Auftrages. Werden diese Kennzahlen eingesetzt, um Vergleiche herzustellen, nimmt der Informationsgehalt zu.

Die Erfassung und Nutzung solcher Qualitätskennzahlen bedeutet ebenso für das interne Qualitätsmanagement neue fachliche Herausforderungen. Die Anwendung muss intern geschult und die Implementierung gecoacht werden. Ebenso muss die Bedeutung dieser Art von Kennzahlen reflektiert werden. Neben Veränderungen von Prozessen und von Strukturen sind vernünftige Lernräume in der Pflegeorganisation notwendig. Deshalb sollten interne Maßnahmen so definiert sein, dass die beabsichtigten Ziele in der Pflegeeinrichtung auch erreicht werden können. Leistung und Ergebnis sind in ihrer Qualität von der Organisation abhängig, d. h. von der Art und Weise, wie Prozesse zur Leistungserbringung und Kommunikation strukturiert sind. Der Führung von Einrichtungen kommt daher eine Schlüsselfunktion zu. Qualität muss verantwortungsvoll gemanagt werden. Nachhaltige Ergebnisqualität bedingt kontinuierliche Kompetenz und ist von der Pflegekapazität abhängig. Ergebnisqualität wird durch kontinuierliche Verbesserung schließlich zum Konzept erfolgreicher Pflege und fördert nachhaltig die Lebensqualität der Pflegebedürftigen. Die Versorgung von Pflegebedürftigen zu verbessern wird erforderlich sein, denn die wachsende Heterogenität der Nutzer von Einrichtungen in ihrer Pflegebedürftigkeit erfordert eine diversifizierte sowie spezialisierte Versorgung und damit einhergehend weitere fachliche Kompetenzen in den Pflegeeinrichtungen.

Sowohl für das interne Qualitätsmanagement als auch für die externe Qualitätssicherung erweist sich das Konzept der Qualitätsbeurteilung im Projekt „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe – EQisA“ als praktikabel. <<

Quality indicators and effects on quality assurance

This paper gives insights on how to implement a concept of result quality and shows the resulting effects of selected nursing science indicators on quality assurance. Our evaluation illustrates which measures are relevant for a sustainable nursing quality in long-time care facilities. All results presented in this paper originate from Project EQisA.

Keywords

Health, indicators, key figures, responsibility, management, nursing, contemplation, quality, changes

Autorenerklärung

Dr. Kelleter leitet das Projekt EQisA „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ des Diözesan-Caritasverbandes Köln in Kooperation mit dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Die Evaluationen erfolgen im Rahmen des Projektes.

Dr. P.H. Heidemarie Kelleter M.A.
ist Referentin für Qualitätsberatung im Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V. seit 2002; zuvor leitend im Gesundheits- und Sozialbereich tätig; Altenpflegerin, Evaluatorin, Gesundheitswissenschaftlerin.

Kontakt: heidemarie.kelleter@caritasnet.de

Dipl.-Pflegepäd. Rainer Ammende

Anerkennungsverfahren für Personen mit ausländischem Berufsabschluss in der Kranken- und Kinderkrankenpflege

Zusammenfassung

Anerkennungsverfahren ausländischer Berufsabschlüsse in der Pflege sind in Deutschland unzureichend geregelt, und werden in den Bundesländern sehr unterschiedlich umgesetzt. Für viele Antragsteller ist das eine schwierige Hürde. In diesem Artikel werden ein Problemaufriss und eine Beschreibung des entwickelten Verfahrens in der Akademie des Städtischen Klinikums München aufgezeigt, mit dem den Antragstellern ein qualifizierter pragmatischer Weg in das deutsche Pflegesystem geebnet wurde. Die Ausführungen sind ein Anstoß für eine notwendige Debatte zum Thema.

Schlüsselwörter

Anerkennungsverfahren, ausländische Fachkräfte, Migration, Integration, Kenntnisprüfung, Anpassungslehrgang

Anerkennungsverfahren in der Kranken- und Kinderkrankenpflege werden von der Akademie seit vielen Jahren begleitet. Es handelte sich jedoch bis 2010 um Einzelfälle. Die rasante Zunahme von Antragstellern seit 2010 und die gesetzliche Neuregelung des Verfahrens 2012/2013 führte im Städtischen Klinikum München zum Aufbau eines umfassenden Angebots für ausländische Pflegefachpersonen in Anerkennungsverfahren. Die Rechtsgrundlagen zur Feststellung der Gleichwertigkeit ausländischer Berufsabschlüsse in der Krankenpflege basieren auf der EU-Richtlinie und 2005/36/EG in der modernisierten Fassung 2013/55/EU, dem § 2 Krankenpflegegesetz (KrPflG) und den §§ 19ff der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (KrPflAPrV) und der Verordnung zur Durchführung und zum Inhalt von Anpassungsmaßnahmen sowie zur Erteilung und Verlängerung von Berufserlaubnissen in Heilberufen des Bundes vom 02.08.2013/Artikel 15. Die Regierung von Oberbayern, Sachgebiet 53.1. Gesundheit, veröffentlichte im November 2013 für die Berufsfachschulen für Krankenpflege, die Anerkennungsverfahren durchführen, einen sehr hilfreichen „Leitfaden zur Durchführung von Anerkennungsverfahren für Berufsfachschulen". Dieser Leitfaden ist im Vergleich zu Verfahren in anderen Bundesländern sehr innovativ. Er wurde auch dem Vorschlag zur Strukturierung des Anerkennungsverfahrens des Deutschen Bildungsrats für Pflegeberufe hinterlegt (vergl. www.bildungsrat-pflege.de)

>> Nach Prüfung der eingereichten Unterlagen erlässt die Regierung von Oberbayern einen Bescheid in dem festgelegt wird, ob eine sofortige Anerkennung des ausländischen Berufsabschlusses in der Kranken- oder Kinderkrankenpflege erfolgt, oder eine Ausgleichsmaßnahme erfolgen muss. Ausgleichsmaßnahmen müssen von Berufsfachschulen für Kranken- bzw. Kinderkrankenpflege betreut werden. Pflegefachpersonen, die im Regierungsbezirk Oberbayern ein Ausgleichsverfahren absolvieren müssen, erhalten eine Liste von Schulen die entsprechende Prüfungen durchführen. Erlassene Bescheide sind bundesweit gültig. Ziehen Pflegefachpersonen während des Anerkennungsverfahrens in den Regierungsbezirk Oberbayern um und haben einen Bescheid einer Behörde eines anderen Bundeslandes, wird gemäß dieses Bescheides eine Ausgleichsmaßnahme durchgeführt. Antragsteller, die eine Pflegeassistentenausbildung in Bayern anerkennen lassen wollen, richten ihren Antrag an die Regierung von Oberfranken, die für diese Verfahren verantwortlich zeichnet.

Prüfungsformen

Für Bürger aus der EU und Drittstaaten kann eine Anerkennung in Form eines Anpassungslehrgangs im Krankenhaus mit abschließendem Prüfungsgespräch erfolgen.

Alternativ können Bürger der EU oder EWR eine Eignungsprüfung, und Bürger aus Drittstaaten eine Kenntnisprüfung an einer Berufsfachschule für Kranken- oder Kinderkrankenpflege ablegen. In jedem Fall ist eine fachtheoretische und fachpraktische Vorbereitung des Verfahrens notwendig, damit die Prüfung bewältigt werden kann.

Bei EU Bürgern oder EWR Bürgern richtet sich die Prüfung auf den Ausgleich festgestellter Defizite. Bei Personen aus Drittstaaten umfasst die Prüfung das gesamte Themenspektrum der staatlichen Prüfung in der Krankenpflege/Kinderkrankenpflege.

Antragstellung und Zeitbedarf

Viele Antragsteller aus Drittstaaten erhalten zunächst eine einjährige Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis um das Anerkennungsverfahren abschließen zu können. Sie müssen in dieser Zeit das Antragsverfahren bei der Regierung von Oberbayern durchlaufen, ein Sprachzertifikat Niveau B2 gemäß europäischem Referenzrahmen und die Prüfung zur Anerkennung des Berufsabschlusses nach deutschem Recht bewältigen. Hinzu kommen die Einarbeitung am Arbeitsplatz und das Einleben am neuen Wohnort. Die Zeitbemessung ist zu knapp. Vielfach müssen Verlängerungen beantragt werden. Ggf. kann hier das geplante neue AufenhG §17a Abhilfe schaffen.

Vorbereitungslehrgang für Personen in Anerkennungsverfahren

Pflegefachpersonen aus dem Ausland benötigen zur Integration in den Arbeitsplatz:

- eine strukturierte Einarbeitung
- ein begleitendes Schulungsprogramm
- qualifizierte Praxisanleitung zur Prüfungsvorbereitung
- berufsbegleitende Sprachkurse
- Beratung und Unterstützung im Anerkennungsverfahren

Die Akademie der Städtischen Kliniken München hat ein standardisiertes Konzept zur Begleitung von Antragstellern entwickelt und erprobt.

Beratung

Lehrgangsteilnehmerinnen erhalten in einem Beratungsgespräch den Lehrplan des Kurses, das Prüfungsverfahren wird erläutert und Fragen beantwortet. Praxisanleiter bzw. Stationsleitungen erhalten von der Akademie per Mail umfassende Information zum Anerkennungsverfahren (Prüfungsstandards, Bewertungskriterien, Einarbeitungsstandard) und bei Bedarf eine telefonische Beratung. Zeigt sich während des Beratungsgesprächs, dass Antragsteller sehr qualifiziert sind, kann in einem Fachgespräch festgestellt werden, dass auf ein Prüfungsverfahren verzichtet, und eine sofortige Anerkennung empfohlen werden kann.

Vorbereitungslehrgang

Die Lehrgangsteilnehmer erhalten Skripte und einen kostenlosen Zugang zum Onlineportal CNE des Thieme Verlags für die Dauer des Anerkennungsverfahrens. In den Modulen 1-9 werden Fachthemen und Fachsprache vermittelt. In den Modulen 10 und 11 wird auf den mündlich-theoretischen und praktischen Teil der Prüfung vorbereitet.

Das Referat für Arbeit und Wirtschaft der Landeshauptstadt München unterstützt die Organisation und Durchführung des Lehrgangs mit Mitteln des Münchener Qualifizierungs- und Beschäftigungsprogramms. Das Sozialreferat – Amt für Wohnen und Migration – ermöglicht die Durchführung integrierten Deutschunterrichts im Lehrgang durch die Münchner Volkshochschule.

Durch diese Förderung kann der Vorbereitungslehrgang gebührenfrei angeboten werden. Das ist für die Mehrheit der Lehrgangsteilnehmerinnen eine große Entlastung, denn sie arbeiten in der Regel in Voll- oder Teilzeit als Pflegefachpersonen in Anerkennung für Niedriglohn, müssen Gebühren von Ämtern, Übersetzungskosten, Sprachkurse und Prüfungsgebühren zahlen. Das Anerkennungsverfahren kostet circa 4.000 bis 5.000 Euro, wenn die Teilnehmerinnen alle Maßnahmen selbst zahlen müssen. Das ist eine Summe, die für sie nur sehr schwer aufzubringen ist.

Teilnehmerdaten und Ergebnisse					
Lehrgang	**Weiblich**	**Männlich**	**Am Lehrgang teilgenommen**	**Abgebrochen/Nicht bestanden ***	**Noch im Verfahren**
1	29	5	34	5	1
2	25	8	33	4	1
3	26	4	30	4	1
4	39	4	33	5	4
5	32	4	36	3	15
6	27	8	35	1	11
7	30	10	40		39
8 (angemeldet)	(27)	(6)			
Summe	**235**	**49**	**251**	**22**	**76**

Tab. 1: Teilnehmerdaten und Ergebnisse. Legende: *In den Lehrgängen 1-6 haben 8 Personen die Wiederholungsprüfung nicht bestanden, und das Anerkennungsverfahren wurde beendet. Bei 2 Personen wurde das Verfahren beendet, weil psychische Auffälligkeiten festgestellt wurden. Die übrigen Personen haben abgebrochen.

Organisation

Die Module finden an Freitagen statt, da Teilnehmerinnen mit Kindern deren Versorgung sicherstellen müssen, und das nach Rücksprache mit ihnen einmal wöchentlich möglich ist. In Ferienzeiten oder an Brückentagen finden keine Unterrichte statt.

Der Lehrgang wird zweimal jährlich im Frühjahr und Herbst angeboten.

Die Zahl der Antragsteller steigt, weshalb 2015 ein zusätzlicher Lehrgang für den Zeitraum Mai-Juli angeboten wird. Bei anhaltend starker Nachfrage wird das Angebot erweitert.

Teilnehmerdaten und Ergebnisse							
Jahr	**Anpassungslehrgang**	**Kenntnisprüfung**	**Eignungsprüfung**	**Fachgespräch**	**Wiederholungsprüfung**	**Bestanden**	**Nicht bestanden**
2010	1	0	0	0	0	1	0
2011	4	14	1	0	1	19	0
2012	15	11	9	0	8	35	0
2013	41	20	10	1	7	72	1
2014	33	13	14	2	20	62	3
2015**	14	14	3	2	7	33	0
Gesamt						**222***	

Tab. 2: Teilnehmerdaten und Ergebnisse. Legende: *Einige TeilnehmerInnen konnten nicht am Lehrgang teilnehmen, haben aber nach entsprechender individueller Vorbereitung die Prüfung abgelegt. Bei einigen Personen konnte im Rahmen eines Fachgesprächs festgestellt werden, dass auf eine Ausgleichsmaßnahme verzichtet, und eine sofortige Anerkennung empfohlen werden kann; ** Stand März.

Erfahrungen und Erkenntnisse

Anpassungsleistung

Personen aus Drittstaaten in Anerkennungsverfahren müssen in der Regel innerhalb eines Jahres

erfolgreich abschließen. Sie stehen daher unter einem sehr großen Zeit- und Leistungsdruck, da sie in einer knapp bemessenen Zeit die Anerkennung ihres Berufsabschlusses erreichen müssen – sonst droht der Verlust der Arbeits- und Aufenthaltsgenehmigung. Die wesentlichen Herausforderungen sind:

- Orientierung in einem fremden Land und an einem neuen Wohnort
- Erwerb ausreichender sprachlicher Kompetenz für Alltag und Beruf
- Einarbeitung an einem neuen Arbeitsplatz in einem fremden Pflegesystem
- Bestehen der notwendigen Sprachprüfung
- Bewältigung eines komplexen Antragsprozesses bei der Regierung von Oberbayern
- Bestehen der Prüfung im Anerkennungsverfahren

Während der Vorbereitung und in den Prüfungen erleben die Fachprüfer den enormen Druck und Stress, dem die Antragsteller ausgesetzt sind, denn es geht um viel mehr als um eine Berufsanerkennung: es geht im Kern um den Aufbau einer neuen Existenz. Aus diesem Grund sind die Beratung und die Begleitung im Vorbereitungslehrgang von so großer Bedeutung.

Soziale Situation

Ein beträchtlicher Teil der Lehrgangsteilnehmerinnen haben Kinder, deren Integration in Kindergärten und Schulen bewältigt werden muss. Einige Pflegefachpersonen lassen ihre Kinder und Partner im Herkunftsland zurück bis das Anerkennungsverfahren abgeschlossen ist, und ein Nachzug gesichert werden kann. Diese Trennungsphasen sind sehr belastend. Einige Pflegefachpersonen sind alleinerziehend und migrieren, weil sie für sich und ihre Kinder eine bessere Zukunft erhoffen. Als Pflegefachpersonen in Anerkennung verdienen sie einen Niedriglohn. Die Neigung von Arbeitgebern im Gesundheitsbereich, die diese Personengruppe gezielt auszunutzen ist hoch, da die Abhängigkeit sehr groß ist. In gravierenden Einzelfällen, in denen Lehrgangsteilnehmerinnen über unhaltbare Arbeitsverhältnisse und vertragliche Vereinbarung berichteten, wurden diese hinsichtlich ihrer rechtlichen Möglichkeiten beraten, und die Konsultation eines Rechtsanwalts empfohlen.

Die hohen Lebenshaltungskosten in der Region München und die Kosten des Anerkennungsverfahrens bedeuten eine sehr hohe finanzielle Belastung für die Antragstellerinnen. Einige finanzieren diese Zeitspanne des Anerkennungsverfahrens über Kredite, für die die Angehörigen im Heimatland bürgen. Oft arbeiten sie an zwei Arbeitsstellen und übernehmen gerne Nachtschichten, um Zuschläge zu bekommen. Übliche monatliche Vergütungen liegen bei 1.000 bis 1.400 Euro netto, bei monatlichen Mietkosten von 600 Euro aufwärts.

Werden Antragsteller über „Triple Win“ angeworben, fordert die Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) aus der Erfahrung heraus vertraglich, dass ein festgelegter Mindestlohn gezahlt werden muss, und auch das Gehalt nach der Anerkennung 2.300 Euro brutto nicht unterschreiten darf.

Tätigkeits- und Kompetenzprofile

Die Ausbildungen und die Tätigkeitsprofile von Pflegefachpersonal in den Herkunftsländern unterscheiden sich zum Teil erheblich von der Ausbildung und den Zuständigkeiten in der Kranken- und Kinderkrankenpflege in Deutschland. Die Mehrheit der Personen in Anerkennungsverfahren verfügen über wenig oder keine Berufserfahrung im Krankenhaus im Herkunftsland. Zudem liegen zwischen Berufsabschluss und Anerkennungsverfahren häufig einige Jahre, in denen aufgrund der Arbeitslosigkeit im Pflegebereich im Herkunftsland anderen Beschäftigungen nachgegangen wurde.

Ohne einen vorbereitenden Lehrgang würden die meisten Pflegefachpersonen die Prüfung im Anerkennungsverfahren nicht im ersten Durchgang bestehen. Die Vorbereitung grenzt Themen ein, und ermöglicht gezieltes Lernen. Viele Ausbildungsinhalte müssen aufgefrischt werden. Die Anwendung von Fachsprache im Berufsalltag und in der Prüfung stellt eine hohe Hürde dar. Ca. 60-70 % der Unterrichtsinhalte sind nach Aussagen der Teilnehmerinnen bekannt, 30-40% des vermittelten Stoffs sind unbekannt. Die Frage nach Wissenslücken und unzureichenden Sprachkenntnissen ist jedoch schambesetzt. Die Pflegefachpersonen gelten im Heimatland als qualifiziertes Fachpersonal und geben in der Zeit des Anerkennungsverfahrens in einem fremden Land ungerne preis, wo Wissenslücken sind. In den Modulen 10 und 11 zeigen sich doch immer wieder die unterschiedlichen Niveaus vorhandener Kenntnisse und erhebliche Verbesserungspotenziale. Diese können im Vorbereitungslehrgang und durch gezielte Einarbeitung in der Praxis ausgeglichen werden, wenn die Antragstellerinnen auch zur Vorbereitung zuhause lernen.

Personen mit B.Sc.Pflege Berufsabschlüssen aus den unterschiedlichsten Ländern (wir haben Personen begleitet aus Ghana, Malawi, Philippinen, Iran, Japan, USA, Nepal, Bosnien, Indien) verfügen über gute bis sehr gute fachliche Grundlagen, finden sich recht schnell in das deutsche System ein, und bestehen die Prüfungen gut, wenn die Sprachkenntnisse ausreichen.

Die fachpraktischen Kompetenzen der Personen in Anerkennungsverfahren sind überaus heterogen, da die Antragsteller in der Regel keine oder wenig Berufserfahrung nachweisen können. Zudem unterschieden sich Materialien und technische Ausstattungen zwischen den Herkunftsländern und Deutschland oft sehr. Auch werden Schüler/Studierende in anderen Ländern auf sehr unterschiedliche Art und Weise in der Praxis eingesetzt, angeleitet und überprüft. Im Balkan und ehemaligen GUS-Staaten finden zahlreiche Praxiseinsätze in Ambulatorien, Arztpraxen, Zahnarztpraxen oder Polykliniken statt. In Deutschland arbeiten in diesen Settings Medizinische Fachangestellte. Die Praxiseinsätze während der Ausbildung in diesen Ländern sind Einblicke in verschiedene Fachdisziplinen. Fachpraktische Handlungsroutinen können in diesen Kurzeinsätzen nicht ausgebildet werden.

Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Da der Berufsabschluss Kinderkrankenpflege in der Erstausbildung nur in wenigen Staaten möglich und nicht EU-weit einheitlich geregelt ist, wird das Anerkennungsverfahren in Deutschland analog der Krankenpflege durchgeführt. Die meisten Personen mit diesem Berufsabschluss können selten Berufserfahrung in einer Kinderklinik im Herkunftsland nachweisen, und finden nur sehr schwer einen Praktikumsplatz in einer Kinderklinik. Aufgrund des großen Fachper-

sonalmangels ändert sich diese Blockadehaltung langsam, und Anpassungslehrgänge in Kinderkliniken werden möglich. Das vorhandene Fachwissen und die Praxiskompetenz unterscheiden sich sehr vom deutschen Standard. Häufig arbeiten die Kolleginnen daher in der stationären Altenhilfe oder im Krankenhaus. Das erschwert das Anerkennungsverfahren, das zwingend in der Kinderkrankenpflege erfolgen muss, solange keine generalistische Pflegeausbildung eingeführt ist.

Eine sehr umfassende Betreuung und Vorbereitung auf die Anerkennungsprüfung ist erforderlich. Krankheitslehreunterricht und die Module 10 und 11 werden für Personen mit dem Berufsabschluss Kinderkrankenpflege getrennt unterrichtet, damit die entsprechende Prüfung fachspezifisch vorbereitet werden kann.

Konzeption des Vorbereitungslehrgangs

Die inhaltliche Ausgestaltung des Lehrgangs basiert auf den Vorgaben des Leitfadens der Regierung von Oberbayern, auf allgemeinen Einarbeitungsstandards bettenführender Stationen in Krankenhäusern, Erkenntnissen aus den durchgeführten Ausgleichsmaßnahmen und Rückmeldungen der Lehrgangsteilnehmerinnen, Dozentinnen und Prüferinnen. Derzeit umfasst der Lehrgang 11 Module. Inhaltlich ist er wie folgt gegliedert:

- Modul 1: Berufskunde / Aus-, Fort-, Weiterbildung und Studium in der Pflege in Deutschland / Karrieremöglichkeiten / Recht / aktuelle Diskurse in der Berufspolitik
- Modul 2: Hygiene, Qualitätsmanagement / Standards in der Pflege
- Modul 3+4: Pflegetechniken (Prophylaxen, Medikamentengabe, Wundmanagement, Verbandswechsel, Infusionen und Injektionen, Drainagen etc.)
- Modul 5+6: Krankheitslehre / Diagnostik und Therapie
- Modul 7: Kommunikation
- Modul 8: Pflegekonzepte
- Modul 9: Pflegeprozess und Dokumentation
- Modul 10+11: Prüfungsvorbereitung in Kleingruppen
- Module 1-9: 6 UE Vormittags Fachkunde / 2 UE Nachmittags Sprachunterricht
- Modul 10: 6 UE Vormittags Fachkunde in Kleingruppen / 2 UE Nachmittags Sprachunterricht
- Modul 11: 8 UE praktische Übungen in Kleingruppen

Nach derzeitigen Erkenntnissen muss der Vorbereitungslehrgang um 3 Module erweitert werden.

- ein Modul wird zum Thema „Demenz / Delirmanagement“ / FEM
- ein Modul zum Thema „evidenzbasierte Pflege“ / Fachliteratur
- ein Modul zum Thema „Lesen von Arztbriefen, Beipackzettel von Medikamenten, Pflege- und Hygienestandards der Einsatzorte / Bedienungsanleitungen von Geräten

In einigen Modulen müssen praktische Übungen (Skills-Training) eingeplant werden.

Die regelmäßige Teilnahme am Vorbereitungslehrgang liegt zwischen 80% und 90%. Die Teilnahmen am Vormittag und Nachmittag unterscheiden sich deutlich. Je nach Arbeitssituation in den Einrichtungen werden Lehrgangsteilnehmerinnen für Spätdienste oder Nachtdienste eingeplant oder müssen bei Personalausfällen einspringen. Daher sind zur Sprachvertiefung weniger Personen präsent. Einige Teilnehmer sind auch der Auffassung, dass ihre Sprachkenntnisse ausreichen – was sich in den Prüfungen vielfach als Fehleinschätzung erweist.

Vorbereitung und Prüfung in der Praxis

Krankenhäuser, die Pflegehelferinnen in Anerkennung einstellen und Anpassungslehrgänge im stationären Bereich ermöglichen, arbeiten die Antragstellerinnen nach dem jeweiligen Standard des Hauses ein. In Absprache mit der Akademie werden die Kolleginnen gemäß dem Prüfungsstandard der Akademie von Praxisanleiterinnen auf die Prüfung vorbereitet. Melden die begleitenden Praxisanleiterinnen zurück, dass das übliche Niveau der deutschen Krankenpflege erreicht ist, wird der Anpassungslehrgang mit einer Prüfung im stationären Bereich abgeschlossen. Ein Pflegepädagoge und ein Praxisanleiter nehmen die Prüfung ab und bewerten die erbrachte Leistung (Vorstellung eines Patienten A3, Durchführung der geplanten Pflege, Übergabe, Dokumentation, Fachgespräch).

Pflegehelferinnen in Anerkennung, die in der stationären Altenhilfe, ambulanten Pflegediensten oder Arztpraxen tätig sind, werden in der Akademie gezielt auf die mündliche und praktische Prüfung im Demonstrationsraum vorbereitet. Einige Arbeitgeber unterstützen die Vorbereitung durch gezielte Anleitung in der Praxis, andere bieten wenig bis keinerlei Unterstützung an. Die Eignungs- und Kenntnisprüfungen werden in der Schule durchgeführt. Den Prüfungen sind Standards der staatlichen Prüfung in der Gesundheits- und Krankenpflege/Kinderkrankenpflege hinterlegt, die sich an den Vorgaben des Leitfadens der Regierung von Oberbayern orientieren.

Im Pflegealltag achten Kolleginnen auf die Integration von Anerkennungskandidatinnen in das Team, den Stationsablauf und das Fachgebiet. Die knappe Personalausstattung lässt für eine gezielte Einarbeitung wenig Raum. Eine ausreichende Präsenz qualifizierter Praxisanleiterinnen ist erforderlich, steht aber selten zur Verfügung. Fachwissen wird sehr selten hinterfragt. Das führt häufig zu Diskrepanzen zwischen der Einschätzung des Teams, der Selbsteinschätzung des Prüflings und dem tatsächlichen Prüfungsergebnis. Hier ist eine gezielte Information und Schulung von Bereichs- und Stationsleitungen notwendig, damit Ausgleichsmaßnahmen in den Stationsablauf integriert werden, und Pflegefachpersonen in Anerkennung in der Praxis auch kritisch hinterfragt werden.

An Prüfungstagen unterstützen die Einsatzorte die Prüflinge gut. Eine Freistellung für den Tag wird in den seltensten Fällen gewährt. Die meisten Prüflinge arbeiten nach der Prüfung weiter bis zum Schichtende.

Anpassungslehrgang in der stationären Altenhilfe

Verfügen Einrichtungen der stationären Altenhilfe über Fachpersonal der Gesundheits- und Krankenpflege mit entsprechender Fachweiterbildung zur Praxisanleitung kann dort auch ein Anerkennungsverfahren in Form eines Anpassungslehrgangs ermöglicht werden. Nach der geplanten Reform der Ausbildung (Generalistik) wird

dieses Verfahren einfacher werden.

Prüfungen

Personen mit einem Berufsabschluss in der Krankenpflege müssen eine Ausgleichsmaßnahme in der Krankenpflege durchlaufen. Personen mit einem Berufsabschluss in der Kinderkrankenpflege müssen eine Ausgleichsmaßnahme in der Kinderkrankenpflege durchlaufen. Arbeiten sie nicht im Krankenhaus oder einer Kinderklinik wird das Anerkennungsverfahren zur Herausforderung, wenn der Einsatzort keine qualifizierten Pflegestandards etabliert hat und deren Einhaltung überprüft.

In Prüfungen müssen in jedem Teil mindestens 50% der notwendigen Leistung erbracht werden. Nur nicht bestandene Teile müssen wiederholt werden. Eine einmalige Wiederholung ist möglich.

Die Prüfungsergebnisse von Anpassungslehrgängen in Krankenhäusern sind erfreulich. Über 95% bestehen die Prüfung sofort seit Vorprüfungen durch Praxisanleiter eingeführt wurden. Die Ergebnisse der Prüfungen im Demonstrationsraum zeigen, dass die Prüfungsvorbereitung für Personen die in der stationären Altenhilfe oder ambulanten Pflege arbeiten, weiter intensiviert werden muss. 2014 haben von 63 Prüflingen 21 Personen einen Prüfungsteil wiederholen müssen. Im Zeitraum Januar-März 2015 mussten von 33 Prüflingen 8 Personen einen Prüfungsteil wiederholen. Die Wiederholungsprüfung wird nach entsprechender Vorbereitung bestanden. In Einzelfällen scheitern Prüflinge auch ein zweites Mal. Besteht keine Gefahr die Arbeits- und Aufenthaltsgenehmigung zu verlieren und wird der geforderte Prüfungsstandard als Überforderung erlebt, unternehmen die Prüflinge keine Wiederholungsprüfung. Der Pflegehelferstatus wird beibehalten. Personen aus Drittstaaten mit befristeter Aufenthaltsgenehmigung müssen dann ausreisen.

Wenige Personen brechen das Anerkennungsverfahren ab. Je nach Situation dauern jedoch einige Verfahren mehrere Jahre, weil familiäre, persönliche Probleme, Umzüge, Arbeitsplatzwechsel oder Schwangerschaften dazwischen kommen. In einzelnen Fällen scheitern Lehrgangsteilnehmerinnen aufgrund fachlicher Schwächen oder psychischer Probleme auch in der Wiederholungsprüfung. Einige Personen scheitern im Sprachkurs, und können daher die Ausgleichsmaßnahmen nicht abschließen. In jedem Lehrgang sind einige Personen, die ab einem gewissen Zeitpunkt nicht mehr auftauchen und sich nicht mehr melden oder auf Anrufe oder Mails nicht antworten.

Es gibt auch einen „Prüfungstourismus". Obwohl die Prüfung nur zweimal unternommen werden darf, reisen Antragsteller in andere Bezirke oder Bundesländer und stellen neue Anträge und unternehmen weitere Prüfungen. „Geheimtipps" werden gehandelt, wo Prüfungen besonders einfach sind und Anträge besonders schnell bearbeitet werden. Solange es keine Pflegekammern gibt, die registrieren und vernetzen, wird dieses Problem bestehen bleiben.

Unklare Verhältnisse

Die Anerkennung eines Heilberufs (GG Art. 74) ist ein bedeutender Akt mit Konsequenzen: eine Pflegefachperson mit einem ausländischen Berufsabschluss wird nach erfolgreichem Abschluss der Ausgleichsmaßnahme der deutschen Gesundheits- und Kranken- sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gleichgestellt. Diese Personen dürfen in allen Pflegesettings und allen Diensten eigenverantwortlich arbeiten. Der Einsatz von Pflegefachpersonen ohne abgeschlossene Anerkennung in ambulanten Intensivpflegediensten, als Bereichsleitungen in Pflegeheimen und selbständig agierende Nachtwachen in Fachkliniken ist keine Seltenheit. Das ökonomische Verwertungsinteresse von Arbeitskraft ist bei Trägern deutlich ausgeprägter als der Qualitätsgedanke, das Risikomanagement und der Schutz des Patienten/Bewohners. Setzt man die Einsatzorte und Aufgabenzuweisungen vor dem Anerkennungsverfahren und den Schulungsaufwand in Verhältnis mit den Prüfungsergebnissen kommt eine sehr starke Ernüchterung auf!

Die Regeln für die Durchführung eines Anerkennungsverfahrens sind abstrakt gefasst und sehr beliebig auslegbar. Ein Ausgleichsverfahren ist vorgeschrieben, nicht aber der Weg, den die Antragsteller durchlaufen müssen, um am Ende erfolgreich abzuschließen. Prüfungen sind nicht standardisiert. Die Finanzierung des Weges und die Überwindung der Hürden überlässt der Staat dem Zufall, da es derzeit noch keine Pflegekammern gibt, die diese Aufgabe verantwortlich übernehmen.

Die Sicherstellung qualifizierter Verfahren zur Anerkennung im Regierungsbezirk Oberbayern erfolgt durch die Vorgabe, dass die Durchführung an Berufsfachschulen für Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege zu erfolgen hat. Lehrpersonalzuschüsse oder sonstige Ausgleichszahlungen für die erbrachten Leistungen werden allerdings nicht gezahlt.

Literatur

Amtsblatt der Europäischen Union vom 30.09.2005 EU Richtlinie 2005/36/EG vom 07.09.2005 http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:de:PDF

Amtsblatt der Europäischen Union vom 28.12.2013 Richtlinie 2013/55/EU vom 20.11.2013 http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:354:0132:0170:de:PDF

Krankenpflegegesetz 2003 in der derzeit gültigen Fassung http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflg_2004/gesamt.pdf

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege vom 02.08.2003 in der derzeit gültigen Fassung http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflaprv_2004/gesamt.pdf

Bundesgesetzblatt 2013 Teil I Nr 46 vom 07.08.2013 Verordnung zur Durchführung und zum Inhalt von Anpassungsmaßnahmen sowie zur Erteilung von Berufserlaubnissen in Heilberufen des Bundes vom 02.08.2013 http://www.anerkennung-in-deutschland.de/media/20130808_bgbl_vo_durchfuehrung_und_inhalt_von_anpassungsmassnahmen.pdf

Bundesgesetzblatt 2011 Teil I Nr 63 vom 12.12.2011 Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen vom 06.12.2011 http://www.bmbf.de/pubRD/bqfg.pdf

Regierung von Oberbayern, Sachgebiet 53.1. Gesundheit „Leitfaden zur Durchführung von Anerkennungsverfahren für Berufsfachschulen" vom 16.12.2013

Eine Durchführung von Ausgleichsmaßnahmen an Berufsfachschulen in der regulären Arbeitszeit ginge zu Lasten der eigentlichen Aufgabe einer BFS, nämlich der Ausbildung von Pflegekräften. Viele Lehrerinnen führen daher Anerkennungsverfahren außerhalb der regulären Arbeitszeit durch, und erheben Prüfungsgebühren privat als Zubrot. Einige Lehrerinnen führen einen Teil der Anerkennungsverfahren in der Arbeitszeit durch, einen Teil in der Freizeit. Die notwendige Vorbereitung auf die staatlich vorgegebenen Prüfungen wurde nicht geregelt, und bleibt somit Schulen überlassen. In ländlichen Gebieten wird kein Vorbereitungskurs angeboten, in Ballungsgebieten im Regierungsbezirk Oberbayern jedoch gibt es zahlreiche Anbieter von Vorbereitungskursen. Einige private Bildungsinstitute bieten Lehrgänge für 2.500 bis 3.000 Euro an.

Die Anerkennung der Heilberufe Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bleibt trotz aller neuen Regelungen in weiten Teilen dem Zufall überlassen. Das Risiko tragen die Antragsteller, Patienten und Bewohner. Da nur das Führen der Berufsbezeichnung in der Pflege geschützt ist, und nicht die Tätigkeit, ist es rechtlich schwierig in Praxiseinsatzorten Qualitätsregeln vorzugeben.

Wenn Äpfel mit Birnen verglichen werden

Wenn eine Pflegefachperson mit einem B.Sc.Pflege Abschluss (4 Jahre Universität) aus den Philippinen in einem Anerkennungsverfahren den deutschen, nicht-akademischen Standard der Pflege im Ausgleich erlernen und sich daran anpassen muss, wirft das Fragen auf, die derzeit nicht zu klären sind.

Erhält eine spanische Pflegefachperson mit einem generalistischen vierjährigen Universitätsstudium in Pflege und B.Sc.Pflege eine sofortige Anerkennung in der Gesundheits- und Krankenpflege, da die Berufsabschlüsse nach EU-Abkommen „gleichwertig“ sind, wirft das ebenfalls Fragen auf.

Wird eine generalistisch qualifizierte spanische Pflegefachperson in der neonatologischen Intensivstation eingesetzt, kann sie in Deutschland nicht als Fachperson gezählt werden, weil sie über keinen Berufsabschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege verfügt. Will sie an einer Fachweiterbildung für pädiatrische Intensivpflege teilnehmen, erfüllt sie nicht die Zugangsvoraussetzungen! Will Sie den Berufsabschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege erwerben, muss Sie nach Gesetzeslage ein Jahr in die Berufsfachschule für Kinderkrankenpflege gehen und dort dann die Abschlussprüfung der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege durchlaufen. Das ist dann absurd. Ein schlankeres Verfahren ist die Zuerkennung dieses Berufsabschlusses durch eine kurze Ausgleichsmaßnahme. Auch hier handelt die Regierung von Oberbayern in Einzelfällen sehr innovativ und generalistisch.

Recognition procedures for persons with foreign professional nursing qualifications in Germany

The recognition of foreign professional nursing qualifications in Germany is regulated, but the process lacks quality and implementation in some states (Länder) is insufficient. For migrating nurses this is a large obstacle. This article describes the problem and a pragmatic and efficient process of recognition which has been implemented at the Academy of the Munich Municipal Hospital Group. It is seen as an impulse to start a very necessary debate on the issue.

Keywords

Recognition of foreign professional nursing qualifications, Germany, migration, Integration, aptitude test, adaptation period, compensation measures

Fazit

Zusammenfassend lässt sich aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse feststellen, dass die bisherigen Regelungen für die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse in der Kranken- und Kinderkrankenpflege unzureichend sind – obwohl es sich um Heilberufe handelt, und staatliche Organe durch den Auftrag zur Daseinsvorsorge dem Wohl von Bewohnern und Patienten verpflichtet sind.

Der demographische Wandel wird Einrichtungen im Gesundheitswesen in Deutschland in den kommenden 35 Jahren dazu zwingen, umfassende Anwerbe- und Integrationsmaßnahmen für Gesundheitsfachpersonal dauerhaft und nachhaltig zu etablieren. Der beschriebene Qualifizierungs- und Prüfungsstandard in der Städtischen Klinikum München GmbH ist ein guter erster Schritt, um den skizzierten Herausforderungen zu begegnen, und qualitativ nachvollziehbare Ausgleichsmaßnahmen umzusetzenn. <<

Autorenerklärung

Rainer Ammende ist Mitarbeiter des Unternehmens Städt. Klinikum München GmbH in München. Die Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse erfolgte durch den Autor. Die Analyse erfolgte ohne finanzielle Unterstützung. Es bestehen keine Interessenkonflikte.

Dipl.-Pflegepäd. Rainer Ammende

ist ausgebildeter Gesundheits- und Krankenpfleger. Er hat einen B.A. Hons. in German/History an der Universität London erworben und Pflegepädagogik an der Humboldt Universität Berlin studiert. Er leitet die Akademie der Städtischen Klinikum München GmbH, ist Mitglied im Deutschen Bildungsrat für Pflegeberufe und Vorsitzender des BLGS e.V. Landesverband Bayern, sowie Transaktionsanalytiker in fortgeschrittener Ausbildung. Kontakt: Rainer.Ammende@akademie-stkm.de

In Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat, pflege.de und der Schlüterschen

monitor PFLEGE

Fachzeitschrift zur Versorgung, Management und Forschung in der Pflege

Als Abonnent nutzen Sie kostenlos:

das Online-Portal **www.monitor-pflege.de**

Ebenso neu und kostenlos nutzen Sie als Pflege-Professional:

www.wir-sind-die-pflege.de

per Fax: +49 (0) 228-76 38 28 01 oder formlos per eMail an marketing@monitor-pflege.de oder direkt per Handy:

☐ **Ich möchte „Monitor Pflege“ testen**

Ich abonniere „Monitor Pflege“ zur Probe. 2 Ausgaben zum Sonderpreis von 20,- Euro zzgl. MwSt. Mein Abo wandelt sich automatisch in ein Jahresabonnement um, wenn ich nicht spätestens 14 Tage nach Erhalt der zweiten Ausgabe schriftlich kündige. Nach Begleichen der Rechnung erhalte ich per E-Mail mein persönliches Passwort für das Online-Portal.

☐ **Ich bestelle ein Jahresabonnement**

Ich abonniere „Monitor Pflege“ für mindestens ein Jahr (4 Ausgaben) zum Preis von 60,- Euro zzgl. MwSt. und Versandkosten. Mein Abonnement verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn ich nicht mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Abozeitraumes schriftlich kündige. Nach Begleichung der ersten Rechnung erhalte ich per E-Mail mein persönliches Passwort für das Online-Portal.

Firma

Straße | Name

Telefon | PLZ, Ort

E-Mail (für Passwortübermittlung) | Fax

Datum, 1. Unterschrift:

Widerrufsgarantie: Mir ist bekannt, dass ich die Bestellung innerhalb der folgenden zwei Wochen bei eRelation AG, Kölnstraße 119, 53111 Bonn schriftlich widerrufen kann. Diese Frist beginnt mit dem Eingang dieser Bestellung (Eingangsstempel). Dies bestätige ich mit meiner 2. Unterschrift:

Datum, 2. Unterschrift:

eRelation AG - Content in Health • Kölnstraße 119 • 53111 Bonn