

monitor

PFLEGE

Fachzeitschrift zur Versorgung, Management und Forschung in der Pflege



**Andreas Westerfellhaus,
Präsident des Deutschen
Pflegerats: „Unsere
Profession muss
strukturiert in allen
Prozessen beteiligt
werden!“**

System Pflege verbessern

Die Politik klammert wichtige Themen aus, wenn sie sich fast nur mit der Erhöhung von Pflegesätzen befasst, sagt Peter Stegmaier, Chefredakteur „Monitor Pflege“.

Meilenstein Pflegekammern

Franz Wagner MSc, Bundesgeschäftsführer des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe, hält die Einführung von Pflegekammern für unverzichtbar.

Farbe bekennen

Interview mit Harm van Maanen, Geschäftsführer der Schlüterschen Verlagsgesellschaft, über das Engagement bei pflege.de und dem 2. Deutschen Pflorgetag.

VERSORGUNGSFORSCHUNG TRIFFT VERSORGUNGSMANAGEMENT TRIFFT POLITIK + SELBSTVERWALTUNG



Lesen Sie 6 Ausgaben Monitor Versorgungsforschung für 90€
und nutzen Sie den Online-Zugang zu allen PDF-Ausgaben.

www.monitor-versorgungsforschung.de/abonnement abo@m-vf.de Fax: 0228-76382801

Monitor Versorgungsforschung - ein Medium der eRelation AG - Content in Health - Kölnstraße 119 - 53111 Bonn - Tel. 0228 - 76 38 28 00 - mail@m-vf.de

INHALT

Call for Papers / Das System Pflege verbessern

Call for Abstract: MoPf-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski;
Editorial: MoPf-Chefredakteur Peter Stegmaier,

„Pflege-Profession strukturiert beteiligen“

Interview mit Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pflegerats

Statement von Karl-Josef Laumann

Auszug aus einem Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“ 01/15

Partner bauen ihr Engagement aus

Der 2. Deutsche Pflgetag findet vom 12. bis 14. März 2015 statt

Programm-Chart Deutscher Pflgetag

Inhaltliches Programm: 4 Parallel-Tracks auf einen Blick

„Eine gesellschaftlich relevante Aufgabe“

Interview mit Harm van Maanen, Geschäftsführer der Schlüterschen Verlagsgesellschaft

Factsheet: Pflegestärkungsgesetz

Service von pflege.de: alle Änderungen des Jahres 2015

„Wichtig ist immer der erste Schritt“

Interview mit Regierungsdirektor Ralf W. Maier, BMBF

„Pflegekammern - ein Meilenstein“

Kommentar von Franz Wagner MSc, RbP, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)

„Es geht um ethische, humanitäre Prioritäten“

Kommentar von Univ.-Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik, Universität Witten-Herdecke

News

WISSENSCHAFT

Europäische Karriereoptionen für Gesundheits- und Pflegeassistenten

Dr. Grit Braeseke, Leiterin des IEGUS

Möglichkeiten zur Fachkräftesicherung in der Pflege durch das Anerkennungsgesetz

Carolin Böse und Tom Wünsche, Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB)

Hinweis der Red.: Aus Gründen der Anerkennung und Fairness wird in allen Beiträgen, in denen es um Pflegende geht, 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
Kölstr. 119, 53111 Bonn
www.erelation.org
mail@erelation.org
Verlagsleitung: Peter Stegmaier

Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo

Anke Heiser (verantwortlich für
den Anzeigenteil)
Kölstr. 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)
Kölstr. 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
Kölstr. 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 Deutsch-
land (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 Immatrikula-
tionsbescheinigung 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 ent-
haltenen einzelnen Beiträge und
Abbildungen sind urheberrechtlich
geschützt. Mit Annahme des Man-
uskripts gehen das Recht zur Ver-
öffentlichung sowie die Rechte zur
Übersetzung, zur Vergabe von Nach-

druckrechten, zur elektronischen
Speicherung in Datenbanken, zur
Herstellung von Sonderdrucken,
Fotokopien und Mikrokopien an
den Verlag über. Jede Verwertung
außerhalb der durch das Urheber-
rechtsgesetz festgelegten Grenzen
ist ohne Zustimmung des Verlags
unzulässig. In der unaufgeforderten
Zusendung von Beiträgen und
Informationen an den Verlag liegt
das jederzeit widerrufliche Einver-
ständnis, die zugesandten Beiträge
bzw. Informationen in Datenbanken
einzustellen, die vom Verlag oder
Dritten geführt werden.

Herausgeber

4

Prof. Dr. Reinhold Roski

Professor für Wirtschaftskommunikation im Fachbe-
reich Informatik, Kommunikation und Wirtschaft der
Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin.



6

Herausgeber-Beirat

Wissenschaftlicher Beirat

12

Univ.-Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik

Universität Witten Herdecke



14

Dipl.-Volksw. Nadine-Michèle Szezan

AOK-Bundesverband



18

Franz Wagner MSc, RbP,

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) –
Bundesverband e.V., Berlin



22

Andreas Westerfellhaus RbP

Präsident, Deutscher Pflegerat e.V. – DPR, Berlin



23

Praxis-Beirat

Harm van Maanen

Geschäftsführer der
Schlüterschen

25

Verlagsgesellschaft



31



**Prof. Dr.
Reinhold Roski**

Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung“ und „Monitor Pflege“ sowie Professor für Wirtschaftskommunikation im Fachbereich Informatik, Kommunikation und Wirtschaft der Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin.

Das wollen wir erreichen

>> „Monitor Pflege“ versteht sich als unabhängiges, umfassendes und interdisziplinäres Fachorgan für das gesamte Themenfeld Versorgung, Management und Forschung in der Pflege. Die Zeitschrift will für die Pflege in Deutschland, Österreich und der Schweiz eine bessere Wahrnehmung im Gesundheitssystem erreichen. So will „Monitor Pflege“ zur Entwicklung der Pflegewissenschaft, der Pflege-Versorgungsforschung und dadurch zur Qualität der Pflegeversorgung in der Praxis des Gesundheitswesens beitragen.

„Monitor Pflege“ soll wissenschaftlich zuverlässige Einblicke in die Realität der Pflege-Versorgung sowie in neue, innovative Versorgungskonzepte gewähren, um durch ein Mehr an vertrauenswürdigen Informationen, durch Transparenz und Öffentlichkeit zur Verbesserung der Qualität der Pflege und der Gesundheitsversorgung allgemein für alle Nutzer, Versicherten, Patienten und Bürger beizutragen. Dies bildet auch die wissenschaftlich-fachliche Grundlage für qualitativ hochwertiges Versorgungsmanagement, das die Pflege umfasst. Das Besondere von „Monitor Pflege“ ist die Kombination eines redaktionellen Teils aus aktuellen Berichten, Meldungen und Kommentaren mit einem wissenschaftlichen Teil, der nach internationalen Standards wissenschaftlich begutachteten Beiträgen zu Themen aus allen Fachdisziplinen der Pflege publiziert. Der Herausgeber-Beirat unterstützt uns dabei. Ich bitte Fachleute aus allen Bereichen der Pflege um die Einreichung von Manuskripten. <<

Ihr

Prof. Dr. Reinhold Roski, Herausgeber „Monitor Pflege“

Das System Pflege verbessern

>> Meine Tochter hat vor kurzem ein Sozialpraktikum gemacht, in einem der besten Pflegeheime Bonn. Dennoch kam sie fast jeden Tag nach Hause und fragte sarkastisch: „Wo ist das Fenster, aus dem ich springen kann?“ Und: „Ich jedenfalls möchte nicht so alt werden wie die Heimbewohner.“ Sie ist 16. Sweet sixteen. Es war ihre erste Begegnung mit Alter und Verfall, mit Siechtum, Demenz und einem System, das sicher ziemlich gut das macht, was es kann: Pflegen so gut wie möglich, oder etwas böser formuliert: verwahren!?

Zweites Beispiel: Ihre Oma. Die 70-Jährige wurde in eine psychiatrische Einrichtung eingeliefert, weil ihr Hausarzt ziemlich vorschnell ihre ständige Atemlosigkeit mit mentaler Überforderung im Alter diagnostizierte. Erst als sie in der Landesklinik zweimal ohnmächtig wurde, bekam sie die Diagnose, die – zwar recht spät gestellt –, die richtige war: Lungenentzündung, ausgelöst durch eine Thrombose. Nach ihrer Genesung wurde ihr eine Klinik für geriatrische Rehabilitation empfohlen, in der die rüstige 70-jährige als einzige Nicht-Rollstuhlfahrerin oder Rollator-Benutzerin aus Eigeninitiative die ganze Station „mitpflegte“, weil in dieser katholischen Einrichtung oft eine einzige Pflegekraft – am Rande des Zusammenbruchs – für 17 Patientinnen zuständig war.

Zwei kleine Beispiele, wie sie fast jeder aus seinem eigenen Bekannten- und Verwandtenkreis kennt; zwei Beispiele, die Schlaglichter werfen auf den Umgang nicht nur mit dem Alter an sich, sondern mit alten, gebrechlichen Menschen, die doch etwas ganz anderes verdient hätten. Status 2014: Mehr ist Pflege in vielen Einrichtungen nicht, wobei Ausnahmen wie immer die Regel bestätigen. Der Grund dafür sind fehlendes Geld oder überzogene Gewinnmargen, für immer älter werdende Menschen schon lang nicht ausreichende Personalschlüssel in Kliniken und Heimen, mangelndes Personal und und und.

Drittes Beispiel: Unsere Nachbarn, selbst um die 70, deren weit über 90-jährige Mutter pflegebedürftig geworden ist. Sie verzweifeln an einem Dschnugel an Formularen, Verordnungen, Anträgen, Zuständigkeitswirren und fehlender Hilfeleistung. Ich habe ihnen einen professionellen Pflegeberater empfohlen; eine Idee, auf die sie selbst nicht gekommen sind, weil ihnen das nötige Wissen fehlt. Doch: Warum haben sich MDK, Stadt oder die Reha-Einrichtung, in der die 90-jährige noch untergebracht ist, nicht gekümmert?

Ein Blick in die nahe Zukunft. Was tun wir denn, wenn die Alterspyramide ganz kippt? Wie sieht die Pflege 2030 aus, wenn es mehr 60- und 70-Jährige gibt als Jüngere, die sie pflegen könnten? Etwa so, wie es der Roman „Pflegehölle“ von Beata Hartmann mit dem „Haus Abendglück“ darstellt, einer Senioreneinrichtung irgendwo in Deutschland, in der hochbetagte Menschen würdevolles Altern unter bestmöglicher medizinischer und pflegerischer Betreuung ermöglicht werden soll, wie die Heimleitung propagiert. Dabei steckt hinter dieser Fassade Arbeit im Akkord, unzureichend qualifiziertes Personal ohne jegliche soziale Kompetenz, dahinsiechende und durch Medikamente ruhiggestellte Bewohner, Gewalttaten an den Patienten, fragwürdig verwendete öffentliche und private Gelder ... Oder gar wie Björn Kern in seinem Buch „Die Erlöser AG“ aus seiner Kenntnis der Lage der Sozialsysteme, aus zunehmender Altersarmut und aus einer immer älter werdenden Gesellschaft bei gleichzeitigem Geburtenrückgang seine Vision einer Zukunft beschreibt, die das Thema Sterbehilfe neu definiert? All diese Themen klammert die Politik aus, wenn sie sich mit der Erhöhung von Pflegesätzen befasst, indes die gesellschaftliche Dimension des Themas in Cent und Euro fassen will. Dabei geht es nicht so sehr um Geld, sondern um den Umgang mit Menschen wie Sie und ich, wenn wir einmal alt und /oder pflegebedürftig werden.

Doch: Möchten Sie in unserem derzeitigen Pflegesystem alt werden? Machen wir uns daran, das System der Pflege zu verbessern. Dazu will „Monitor Pflege“ beitragen. <<

Ihr

Peter Stegmaier, Chefredakteur „Monitor Pflege“



Peter Stegmaier

Chefredakteur von „Monitor Versorgungsforschung“ und „Monitor Pflege“



**Jetzt
anmelden:**
[www.deutscher-
pflegetag.de](http://www.deutscher-pflegetag.de)



DEUTSCHER PFLEGETAG 2015

PFLEGE STÄRKEN MIT STARKEN PARTNERN

12.-14. MÄRZ 2015

FLUGHAFEN BERLIN-TEMPELHOF

Brücken schlagen für die Pflege!

Stellen Sie jetzt die Weichen für ein gesundes Morgen:
Besuchen Sie den Deutschen Pfl egetag 2015,
die führende Veranstaltung für Pflegemanager und Pflegefachkräfte.
Erleben Sie interessante Fachvorträge, richtungsweisende Innovationen
für die pflegerische Praxis sowie **Spitzenvertreter** aus Politik,
Wirtschaft und Pflege **im Dialog.**

Veranstalter



in Kooperation mit



Organisator



Mit freundlicher Unterstützung von



Interview mit Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pflegerates

„Pflege-Profession strukturiert beteiligen“

Andreas Westerfellhaus ist seit sechs Jahren Präsident des Deutschen Pflegerates, davor war er ebenso viele Jahre lang Vizepräsident der mit 16 Mitgliedsverbänden bedeutendsten berufständischen Vertretung der Pflege-Profession in Deutschland. „Monitor Pflege“ sprach mit Westerfellhaus über die Beweg- und Hintergründe, mit dem Deutschen Pfl egetag ein sichtbares mediales Fanal zu schaffen, mit dem die professionell Pflegenden eine neue werthaltige Bedeutung im deutschen Gesundheitssystem demonstrieren können.

>> Sie überblicken ein Dutzend Jahre Pflege aus einer hohen Perspektive. Wie hat sich Ihre Profession in dieser Zeit verändert?

Einer der großen Erfolge nicht der letzten, sondern der beiden letzten Dekaden war, dass wir vor über 15 Jahren den Deutschen Pflegerat gegründet haben. Damit wurde ein Dachverband für die Pflege ins Leben gerufen, in dem wir unsere Interessen und unsere Ansätze innerhalb der Profession der Pflegenden ganz anders als früher vertreten können. Das ist schon mal der große grundlegende Erfolg.

Und das bereits immerhin mit 16 Mitgliedsverbänden.

Die sich zudem sehr heterogen zusammensetzen – von Managern über Pädagogen über den Bereich der Hygiene bis hin zu den Fachgesellschaften, den Generalistenverbänden, der Altenpflege, der Kinderkrankenpflege usw. Wir versuchen, was nicht immer leicht ist, den Spagat hinzubekommen, um gemeinsame Positionen zu erarbeiten. So wurde eben die Position des Deutschen Pflegerates zur Sterbehilfe verabschiedet. Das ist ein Thema, das wir nicht nur der Ärzteschaft oder den politischen Gremien in diesem Lande überlassen dürfen, weil die professionell Pflegenden einen sehr hohen Anspruch haben, in dieser gesellschaftlichen Meinungsbildung mitzuwirken. Denn wir sind diejenigen, die Patienten und ihre Angehörigen in diesen Minuten und Momenten am Ende des Lebens begleiten.

Was hat sich in der Pflege Ihrer Einschätzung nach aktuell verändert? Was zum Guten, was zum Schlechten?

Bei allen Entwicklungen und Erfolgen neigt man schnell dazu, das zu beschreiben, was man nicht erreicht hat. Das ist zum einen, dass wir für die professionell Pflegenden immer noch einen riesigen Nachholbedarf in der politischen Wahrnehmung feststellen müssen. Bei diesem wichtigen Thema geht uns Vieles viel zu langsam. Minister Gröhe sagt dann immer, die Politik habe doch mit dem Pflegestärkungsgesetz wichtiges geleistet, was ja auch durchaus richtig ist. Auch was die Profession und deren Bild in der Öffentlichkeit angeht, ändert sich der Status immer noch zu langsam.

Wie sieht es mit dem Stellenwert des Deutschen Pflegerats aus?

Wir werden als Vertretung der Pflegenden in Deutschland ganz anders als früher wahrgenommen. In den medialen wie in den politischen Diskussionen ist es mittlerweile undenkbar, die Profession über den Deutschen Pflegerat nicht zu beteiligen.

Das ist aber auch bedingt durch die Kenntnis der demografischen Entwicklung der Herausforderung.

Das stimmt. Dennoch ist es bemerkenswert. In der Berufsgruppe der Pflegenden ist es nicht besonders hoch ausgeprägt, sich zu solidarisieren; vornehmer ausgedrückt: Die Entwicklung hat noch Luft nach oben. Denn derzeit sind nur rund zehn Prozent der Pflegenden in Berufsverbänden organisiert, das ist fast beschämend wenig.

Was glauben Sie, woher kommt das?

Wenn ich das wüsste, würde ich genau da den Hebel ansetzen. Es ist vielleicht irgendwo in der Tradition der Pflege in Deutschland verortet, weil hier Pflege als soziale Aufgabe verstanden wird. Darum wurde der Sprung in ein anderes Selbstverständnis lange nicht geschafft, damit aber verkennend, dass man mit Macht und Nachdruck für die eigenen Belange eintreten muss, um etwas zu erreichen. Vergleichen Sie das mal mit anderen Ländern wie Großbritannien, dort würde ein professionell Pflegenden nie akzeptieren, dass es keine Selbstverwaltung der Pflegenden gibt.

Das liegt an einem anderen Rollenverständnis.

Genau. Und ebenso daran, dass die meisten professionell Pflegenden natürlich auch zusätzlich noch immer irgendwo Gewerkschaftsmitglied sind.

Nun könnte man trefflich fragen: Liegt es an einem fehlenden Rollenverständnis oder hat nicht gar die durch Gewerkschaften gefühlte Solidarität dieses Rollenverständnis verhindert?

Es kann durchaus sein, dass diese gefühlte Solidarität die Entwicklung eines starken, modernen professionellen Selbstwertgefühls und Rollenverständnisses behindert hat. Demgegenüber steht natürlich die berechnete Forderung der Pflegenden nach einer starken berufständischen Vertretung, die ihre Erwartungen und Forderungen auch erfüllt – gerade wenn es um nicht so berauschende Tarifergebnisse geht, Fragen der Scheinselbstständigkeit und und und. Bei solchen Fragen wissen zwar alle, wo ihre professionellen Vertreter sitzen, doch wenn ich deren Solidarität brauche, komme ich nur sehr schwer an sie ran.

Manchmal ist das doch sicher auch nur eine Frage der Kommunikation.

Sicher. Das ist das Problem der großen Zahl. Wenn der Deutsche Pflegerat eine Botschaft an die rund 1,2 Millionen Pflegenden abge-

ben möchte, dann hat er leider nur sehr beschränkte Mittel. Erschwerend kommt hinzu, dass diese 1,2 Millionen Menschen nirgendwo zentral erfasst sind. Also kann ich derzeit nur über deren Arbeitgeber agieren. Doch ob diese immer in der für uns wichtigen Rolle der Kommunikationsverbreitung mitspielen, wage ich zu bezweifeln. Darum brauchen wir für die Zukunft ganz andere Strukturen und Kanäle.

Sehen Sie eine Verbesserung des Status Quo?

Ich bin ein chronischer Optimist und so sage ich an der Stelle: Ich merke eine Verbesserung. Doch ebenso ist die Belastung und die Geduld der Pflegenden am Ende. Daraus erwächst eine ganz neue Motivation, sich zu solidarisieren. Das passiert immer noch sehr langsam, macht mir allerdings aber auch Mut, gerade bezogen auf unseren Nachwuchs.

Spüren Sie diese Einstellungsänderung im steigenden Organisationsgrad, zum Beispiel an den Mitgliederzahlen?

In die Zahl der Gewerkschaftsmitglieder habe ich keinen Einblick. Bei den Berufsverbänden ist dagegen sehr wohl wahrzunehmen, dass nicht nur viel mehr junge Menschen als früher Mitglieder werden, sondern sich auch aktiv einbringen wollen.

Das stimmt doch hoffnungsfroh.

Tut es. Anders ausgedrückt: Wir kommen raus aus einem Tief der Unsichtbarkeit und wachsen hinein in eine Position, mit der wir mit Macht und Nachdruck unsere Forderungen artikulieren können. Das geht damit einher, dass wir stolz zeigen können, welche Ressource unsere Profession für die deutsche Gesellschaft ist und welchen Beitrag wir leisten können.

Ist das Ihre zentrale Botschaft?

Durchaus. Die gewaltige Aufgabe der Versorgung einer steigenden Zahl von Menschen, die in unserer Gesellschaft Gesundheitsleistungen brauchen, können nur wir leisten. Es wäre geradezu eine Ressourcenverschwendung, wenn man unsere Profession nicht beteiligen würde.

Die Politik scheint zu begreifen, welchen großen Beitrag die Pflege leistet; eine Rolle indes, welche die Pflege in ihrer sozusagen Zersplitterung und mit ihrem geringen Organisationsgrad noch gar nicht richtig annehmen kann.

Da muss man ganz nüchtern konstatieren, dass die Politik gar nicht



anders kann, als auf uns zuzukommen. Die Aufgabe, die wir als Gesellschaft in den nächsten zehn Jahren lösen müssen, ist einfach zu gigantisch. Aber wir nehmen durchaus wahr, dass die Politik das sich entwickelnde Selbstbewusstsein unserer Profession und unsere Bereitschaft zur Übernahme von Eigenverantwortung schätzt. Auch weil wir endlich in der Lage sind, eine selbstbewusste Rolle auch gegenüber anderen Playern in diesem System zu vertreten und durchzusetzen.

Was ist denn nun wirklich eine Verschlechterung?

Das ist vor allem der Leistungsdruck, unter dem mittlerweile meine Kollegen in allen Sektoren arbeiten. Es geht immer mehr nur darum, noch mehr ökonomiegesteuert zu agieren, wobei die Ansprüche an Qualität immer mehr hinten an gestellt werden. Das gilt für die ambulante Versorgung, aber ebenso

für Altenpflegeeinrichtungen, in denen unsere Kollegen fast im Dauerlauf arbeiten; aber auch in Krankenhäusern, in denen die Verweildauer massiv abnimmt. Überall sieht man Kostensteuerung und Verdichtungsprozesse.

Und das bei einem gleichzeitigen gigantischen Stellenabbau, vor allem in den letzten Jahren.

Die Pflege hat in den Jahren 2007 bis 2009/2010 alleine in deutschen Krankenhäusern den Abbau von rund 50.000 Stellen verkraften müssen, immer unter dem Vorwand einer nicht ausreichenden Krankenhausfinanzierung. Das wurde natürlich ein bisschen korrigiert mit einem Wiedereinstellungsverfahren von circa 11.000 bis 15.000 Pflegekräften. Doch muss man die Frage stellen, wo diese neuen Kräfte eingestellt worden sind. Und wen wundert es: in den Funktionsdiensten auf den Intensivstationen und in den OPs, also dort, wo am meisten Geld verdient wird.

Das heißt doch nichts anderes, als dass die Pflege immer noch eine willfährige Kalkulationsgröße von ökonomisch gesteuerten Interessenlagen in diesem System ist.

Ich möchte aber nicht einfach zu einem Kostenfaktor reduziert werden, sondern als das Gesehene und Geachtete werden, was wir sind: nämlich Leistungsträger und Leistungserbringer. Niemand käme auf die Idee, die Ärztin als reinen Kostenfaktor im OP zu bezeichnen, weil dieser operiert, eine Hüfte einsetzt und damit Geld ins Haus bringt. Wenn aber dann der gleiche Patient auf die Station kommt und hier professi-

onelle Pflege braucht, wird auf einmal nur noch von Kostenfaktoren gesprochen, anstatt von einer Werthaltigkeit, die diesen Menschen in den Genesungsprozess begleitet, damit dieser geheilt oder zumindest in einem vernünftigen Gesamtzustand nach Hause entlassen werden kann.

Es wird zu wenig diskutiert, was Pflege, was Pflegekompetenz, Pflegekontinuität und Pflegewertigkeit für den Genesungsprozess eines Patienten wirklich nachweisbar leistet.

Pflege wird doch in Studien überhaupt nicht erfasst.

Das ist ein Methodenproblem, ebenso ein Vorwurf an die Versorgungsforschung.

Es gibt immerhin einige internationale Studien, die gerade die Morbidität und die Komplikationsraten in deutliche Zusammenhänge mit der Stellenzahl von qualifiziert Pflegenden bringen. Aber Sie haben natürlich recht: Das große Problem besteht darin, sich überhaupt mit der Thematik Pflege ernsthaft auseinandersetzen zu wollen. Wer heute in der Öffentlichkeit und in der Politik über Pflege diskutieren will, wird mit diesem Anspruch, über Pflege zu reden, als allererstes in die Schiene Pflegeversicherung oder Pflegefinanzierung geschoben.

Und wer tatsächlich einmal das Glück hat, über Pflege als Profession sprechen zu dürfen, wird sicher schnell feststellen, dass Pflege als eine Tätigkeit verstanden wird, die anscheinend immer nur am Ende des Lebens in der Pflegebedürftigkeit und im Hospiz stattfindet.

Das ist grundfalsch. Unsere Profession erbringt in der Gesellschaft in allen Lebenssituationen ihre Leistung, von der Neonatologie, über die Traumatologie, Onkologie und Psychiatrie bis hin zur Entwicklungshilfe und sogar in Krisengebieten wie zur Zeit bei Ebola. So werden Auslandseinsätze durch den Deutschen Bundestag nur genehmigt, wenn genügend Ärzte und ausgebildete Sanitäter, sprich Pflegenden, zur Verfügung stehen, die für die Sicherheit der Soldaten sorgen können. Pflege wirkt in alle gesellschaftlichen Bereiche hinein und wird zudem immer in einem komplexen System erbracht. Wenn ich einmal wie hier die Gelegenheit habe, das umfassend darzustellen, erscheint es mir immer wieder umso unverständlicher, dass man gerade unsere Profession so stiefmütterlich behandelt. Es gibt doch keinen gesellschaftlichen Lebensabschnitt, in dem professionelle Pflege nicht hineinwirkt, eben von den ersten bis hin zu den letzten Minuten des Lebens. Daher ist unsere Gesellschaft ohne diese Leistung dieser 1,2 Millionen Menschen überhaupt nicht funktionsfähig. Und niemand, auch kein Roboter, kann diese Leistung ersetzen.

Obendrein ist die Pflege auch noch die einzige Berufsgruppe, die für die Ausbildung auch noch selbst zahlt, zumindest in einigen Bundesländern.

Das muss man weiter differenzieren. Wir haben zum jetzigen Zeitpunkt immer noch differenzierte Ausbildungsgänge in der Altenpflege, in der Kinderkrankenpflege und in der Krankenpflege. In den Krankenpflegeberufen, die in Verbindung mit Krankenhäusern stattfindet, ist die Tätigkeit über Tarife geregelt. Erstens zahlt das GKV-System den

Krankenhäusern das Budget für die Ausbildung, zudem bekommen die Auszubildenden eine Ausbildungsvergütung, die im Tarifrecht verankert ist. Das ist allerdings in der Altenpflege komplett anders, in der es zudem große regionale Unterschiede gibt. Wir haben darum vor zwei Jahren eine Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive mit vier Ministern unterschrieben, dennoch gibt es immer noch sechs Bundesländer, die von ihren Schülern Schulgeld verlangen.

Diese Nichtbeachtung der Pflege ist doch wohl auch darauf zurückzuführen, dass Pflege als Hilfsfunktion der Medizin gesehen wird. Alles, was mit der direkten Arbeit am Kranken zu tun hat – so auch die sprechende Medizin – wird nicht genügend anerkannt.

Die Erwartung jedes Menschen, der professionelle Pflege benötigt, ist jene, dass er sofort umfangreich und qualifiziert versorgt, sprich gepflegt wird. Beim Patienten – egal in welchem Abschnitt des Lebens jemand von professioneller Pflege betroffen ist – werden Sie eine fehlende Wertschätzung nicht feststellen können. Nicht von ungefähr steht unser Beruf im Ranking immer noch in der Vertrauensliste ganz oben.

Kein Wunder, die Pflege hat ja auch ganz direkt mit den Patienten zu tun.

Der Abbruch erfolgt aber sehr schnell. Und zwar immer dann, wenn man als Patient oder Angehöriger mit Pflege nichts oder nichts mehr zu tun hat. Die Frage wird sein, wie wir das Thema Pflege in dieser Gesellschaft ganz anders verankern können.

Indem die Pflege-Leistung transparenter und inhaltlich beschrieben wird.

Ebenso müssen wir die Verweigerungshaltung in der Gesellschaft aufbrechen, sich mit dem Thema Pflege auseinanderzusetzen. Dazu brauchen wir eine ganz andere gesellschaftliche Diskussion. Nun ist es sehr mühselig, rund 80 Millionen Bundesbürger einzeln davon zu überzeugen. Darum brauchen wir flankierende Maßnahmen, über die politischen Entscheidungs- und Verantwortungsträger in dieser Gesellschaft im Bund und in den Ländern, gemeinsam mit uns diese Leistung und diese Profession sichtbarer zu machen. Aber nicht aus einer ideologischen Betrachtungsweise der Berufsgruppe heraus, sondern einzig und allein im Sinne der Sicherstellung der Versorgung der Menschen in dieser Gesellschaft. Das hat auch mit Wertschätzung und damit auch mit Entlohnung zu tun. Es ist doch einfach nicht nachvollziehbar, dass unsere Gesellschaft den Wert der Arbeit von Menschen in der Produktion eines Autos höherwertiger einstuft als die Arbeit jener Menschen, die mit dem wichtigsten Gut, nämlich unserer Gesundheit, zu tun hat.

Gleiches gilt doch auch für die sprechende Medizin.

Deswegen brauchen wir genau darüber einen kontinuierlichen Dialog in unserer Gesellschaft.

Welche besonderen Aufgaben haben Sie sich als Präsident des Pflegerats gestellt? Was davon haben Sie bereits erreicht?

Unserer Profession den Stellenwert in der Gesellschaft zu geben, der ihr zusteht. Doch all das, was wir dringend in der Entwicklung brau-

chen, wird tatsächlich nur dann funktionieren, wenn man der Profession eine Struktur überträgt, in der sie arbeiten kann. Und diese Struktur ist die Selbstverwaltung der Pflegenden in Deutschland. Solange es diese nicht gibt, wird die Pflege auch nicht in die strukturierten Prozessen der Selbstverwaltung eingebunden.

Welche meinen Sie?

Die Pflege, die mit 1,2 Millionen Tätigen größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen, leistet sich eine ausschließlich ehrenamtliche Vertretung, die die berufspolitische Arbeit in Berlin und letztendlich auch in den Ländern erledigt. Das ist ein schwieriger Balanceakt zwischen den eigentlichen Aufgaben, mit denen wir als Einzelpersonen unser Geld verdienen, und der ständig wachsenden Erwartung an unsere Präsenz in den politischen Gremien.

Ungefähr 450.000 Ärzte in Deutschland werden vertreten durch die Selbstverwaltung, durch große Fachverbände, durch die Bundesärztekammer, durch regionale Kammern, durch KVen.

Ich bin ja nicht neidisch, doch blicke ich mit sehr viel Anerkennung auf dieses strukturierte System, das ganz selbstverständlich viele Positionen mit Juristen, mit Experten aus der Wissenschaft und mit einer eigenen Pressestelle besetzt, weil sie über einen ganz anderen Haushalt als wir verfügen. Dieses System brauchen wir auch. Und zwar ganz dringend.

Warum gibt es eine derartige Standesverwaltung in der Pflege bisher nicht?

Ich stelle mir seit langem die Frage, warum es keine Selbstverständlichkeit ist, unsere Professionen strukturiert in allen Prozessen zu beteiligen! Warum wird unsere Beteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss anders bewertet als die der anderen Partner der Selbstverwaltung, wie beispielsweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft, die der Kostenträger, die der Bundesärztekammer, die der Patientenvertreter? Das ist doch ein Unding!

Eigentlich müsste die Pflege eine der Bänke des G-BA sein.

Genau. Dann wird uns aber vorgehalten, dass die Pflege die formalen Voraussetzungen für eine Rolle als Selbstverwaltungspartner nicht erfüllen würde.

Demnach der fehlende Grad der Organisation.

Eben: die fehlende Struktur. Da beißt sich die Katze doch in den Schwanz. Nur über Pflegekammern, wie sie jetzt in Rheinland-Pfalz beschlossen worden ist, wird sich daran etwas ändern. Besonders aber dann, wenn es eine Bundespflegekammer gibt, die national agieren kann. Dann wären wir schlagartig eine große starke Gemeinschaft, die aus meiner Sicht auch eine ganz andere Solidarität entwickeln könnte.

Gerade wird in Deutschland ein Berufsgesetz Pflege im Rahmen einer generalistischen Ausbildung entwickelt, das die Ausbildung vollkommen auf den Kopf stellen wird.

Unglaublich, oder? Kann man sich vorstellen, dass eine solche Berufsentwicklung ohne die Beteiligung der Berufsgruppe selbst erfolgt? Das ist eigentlich ein Skandal. Meinen Sie, die Ärzteschaft würden es

akzeptieren, wenn das Medizinstudium ohne die Beteiligung der Landesärztekammern oder der Bundesärztekammer verändert würde? Das wäre undenkbar! Und keiner würde auf eine solch abstruse Idee kommen. Anders bei der Pflege. Die hat keine Erfassung der Berufsgruppe, keine Zahlen, Daten und Fakten, auch keine zu Ausbildung und Qualität. Wenn aber ausgebildet wird, kontrolliert ein Außenstehender, ob wir es richtig gemacht haben, was aber wieder nicht so trivial ist, denn wir haben keine Berufsordnung. Dies können wir nun fast endlos fort-schreiben. Fakt ist: Nur die Berufsgruppe selbst kann die Berufsgruppe verwalten, eigenständig weiterentwickeln und als Partner der Selbstverwaltung vertreten.

Demnach ein klares Pro Pflegekammer.

Natürlich. Es gibt für mich überhaupt keine andere Lösung. Nur so werden wir eine nachhaltige Veränderung in der Wahrnehmung unserer Berufsgruppe entwickeln können.

Pflegekammern gibt es bereits in vielen Ländern Europas.

In den meisten internationalen Staaten ist die Selbstverwaltung der Pflege eine Selbstverständlichkeit. Wir beschäftigen uns in Deutschland mit der Selbstverwaltung der Pflege seit mittlerweile über 23 Jahren – bisher mit mangelndem Erfolg. Darum bin ich sehr erfreut, dass es Länder gibt, die ihre Wahlversprechen wahr gemacht haben und jetzt auch in der Regierungsverantwortung umsetzen, so wie Rheinland-Pfalz, wie Schleswig-Holstein und sicherlich auch in naher Zukunft Niedersachsen.

Doch sind nicht alle Pflegenden damit einverstanden, eine solche Selbstverwaltung einzurichten. So gibt es beispielsweise in Berlin eine Umfrage, wie die Pflegenden zu einer Pflegekammer stehen.

Die ersten Befragungen haben stattgefunden, um sicherzustellen, dass die Einführung einer Selbstverwaltung der Pflege nicht nur das Interesse einer kleinen politisch aktiven Lobbyistentruppe in der pflegerischen Berufspolitik ist.

Sprich: des deutschen Pflegerats.

Stimmt. Aber ist es wirklich so, dass die beruflich Pflegenden den Wert einer Selbstverwaltung erkannt haben? Natürlich ist es legitim, die Berufsgruppe dazu zu befragen, doch muss man dann auch sachgerechte Informationen an die Hand geben: Was gehört in die Aufgaben einer Selbstverwaltung? Was kann sie erreichen? Was wird ihre Aufgabe sein? Wie werden die Berufsvertreter gewählt? Wie können sie agieren? Welchen Einfluss haben sie? Immer da, wo man darüber informiert, bekommt man zum Thema Pflegekammer einen immens hohen Zuspruch.

Lassen Sie uns raten: Wenn Sie die Reihenfolge umdrehen – also erst befragen, dann informieren – kommt von zwangsläufig das Thema Zwangsmitgliedschaft auf.

So sicher wie das Amen in der Kirche. Natürlich brauchen wir eine verpflichtende Mitgliedschaft als Ausformung der nötigen Solidarität. Wenn ich aber durch die Gegend laufe und das Horrorszenerium Zwangsmitgliedschaft aufbausche, wird doch jeder, der eh schon wenig verdient, sagen, dass er von dem Wenigen nicht auch noch einen Teil für irgendein Bürokratiemonster ausgeben will, in

dem nur neue Jobs in irgendwelchen Kammergebilden geschaffen werden.

Das klingt stark nach der Argumentation der inhaltlichen Gegner.

Der Arbeitgeberverband Pflege, der Bundesverband BPA und die Gewerkschaft ver.di sind in der Vergangenheit teilweise mit haarsträubenden Argumenten aufgetreten, warum eine Pflegekammer in Deutschland und in den Bundesländern nicht funktionieren würde.

Bei den Gewerkschaften haben wir das mittlerweile ausräumen können, zumindest hinsichtlich des uns vorgehaltenen Anspruchs, auch tarifrechtliche Aufgaben übernehmen zu wollen, was niemand von uns jemals behauptet hat.

Die Gewerkschaft sah sie demnach als Konkurrenz.

Mittlerweile hat man sich auch bei ver.di zumindest von dieser Argumentation verabschiedet. Aber die Grundangst bleibt, dass dort, wo es starke Pflegekammern gibt, die Gewerkschaftsarbeit möglicherweise gefährdet ist. Wenn sich jemand, der eh schon wenig verdient, für eine verpflichtende Mitgliedschaft entscheiden muss, dann wird sicher die Gefahr bestehen, diesen Beitrag nur einmal ausgeben zu wollen.

Also doch Konkurrenzangst.

Indes Konkurrenzangst, die ich nicht verstehen kann. Denn Gewerkschaften und eine starke Kammer können sich sehr gut ergänzen und gemeinsam Dinge bewegen, die sie getrennt gar nicht erreichen können. Doch stattdessen wird gegen uns gekämpft, anstatt diese Energie für andere Zwecke vor allem für die Pflegenden einzusetzen. Zum Beispiel auch für eine vernünftige tarifliche Entlohnung, für die man sich mit Macht einsetzen könnte und auch muss.

Doch stellen sich nicht alle Gewerkschaften quer.

Stimmt. Die Gewerkschaft komba, eine Fachgewerkschaft des dbb beamtenbunds für Beschäftigte im Kommunal- und Landesdienst, spricht sich deutlich und für die nachhaltige und flächendeckende Einführung einer Selbstverwaltung aus. Noch anders stellt es sich in jenen Bundesländern dar, die bereits Arbeiterkammern haben – wie im Saarland und in Bremen. Hier kann ver.di nicht gegen die bestehenden Arbeiterkammern vorgehen, sondern argumentiert damit, dass diese Arbeiterkammern doch vollkommen ausreichend wären – als wenn diese Kammern die Pflege vertreten würden!

Demnach gibt es eine große Meinungs-Spreizung im Land.

Aber nur, weil die Situation ideologisch und individuell interessensgesteuert ist. Was auch logisch ist, denn in der Vergangenheit war unsere Profession in ihrer Zerstrittenheit und in ihrer Zergliederung ein willfähiges Opfer für jedwede Ökonomisierung. Doch auf einmal solidarisiert sich eine Gemeinschaft von rund 1,2 Millionen Menschen und fordert eine eigene Berufsordnung und formuliert Ansprüche an die eigene Qualifikation. Damit wird natürlich auch in Richtung Arbeitgeber eine ganz andere Funktion und Rolle eingefordert.

Was natürlich auch unangenehm sein kann.

Sicher. Man muss sich klarmachen, dass die Pflegekammern auf Deutschland ausgedehnt, die größte Selbstverwaltung sein wird, die die Bundesrepublik Deutschland jemals erlebt hat. Damit erwächst im Bereich Gesundheit und Soziales ein neuer mächtiger Partner, der in einem Gebiet agiert, in dem viele Lobbyistengruppen und -truppen in den unterschiedlichen Bereichen eine gewichtige Rolle alleine schon aufgrund ihrer bisherigen Dimension spielen können. Darum wundert es mich auch nicht, mit welchen Anfeindungen, Unwahrheiten, mit welchen Schauernmärchen, mit welchen Verunglimpfungen und bewussten Irreführungen wir leben müssen.

Und das nur, um ein Stimmungsbild gegen die Einführung von Pflegekammern zu schaffen.

Ich sage den Pflegenden hier immer: Ihr habt das erste Mal in eurer Berufshistorie in Deutschland die einmalige Gelegenheit, demokratisch legitimierte Vertreter aus eurer Berufsgruppe zu wählen, die sich für euch einsetzen. Wenn die es nicht so gut machen, wie ihr es erwartet, dann wählt sie wieder ab und holt bessere. Aber der bisherige Weg der Fremdbestimmung muss ein für allemal zu Ende gehen. Denn er hat uns in die desolante Situation geführt, in der wir heute arbeiten müssen.

Der Deutsche Pflegetag, der vom 12. bis 14. März unter dem Motto „Pflege stärken mit starken Partnern“ veranstaltet wird, soll sicher genau dieses Signal nach außen tragen, ähnlich wie es der Apotheker- oder Ärztetag tut.

Diese berufsständischen Tage machen nichts anders, als sich aus ihren jeweiligen Berufsgruppen ein mehr oder weniger demokratisches Mandat zu holen und politisch weiter zu entwickeln.

Wieso sollte das für die Pflege nicht funktionieren?

Der Deutsche Pflegetag ist als Ziel formuliert, nicht eine, sondern die zentrale Veranstaltung der professionell Pflegenden in Deutschland zu etablieren. Pflegenden müssen begreifen, dass es hier um eine aktive Mitgestaltung geht, was unsere politische Zukunft und die politische Diskussion der Pflege per se angeht.

Sie erwarten immerhin über tausend Teilnehmer.

Das ist meine Erwartung. Aber wenn man die 1,2 Millionen Menschen sieht, die professionell mit Pflege zu tun haben, sind das immer noch nur rund ein Viertel Prozent! Und das, obwohl wir Dutzende von Vorträgen in diversen Strängen haben, jede Menge Podiumsdiskussionen sowie der Gesundheitsminister, der Patienten- und Pflegebeauftragte und diverse Landesgesundheitsminister und vielleicht noch ein weiterer VIP kommen werden. Dennoch sind auch 2.500 bis 3.000 jede Menge, denn diese sind hochmotiviert, weil die meisten Anreise und Teilnahmegebühren selbst zahlen und dabei auch noch einen Arbeitsausfall an diesen Tagen zu verzeichnen haben. Dennoch ist es unsere Aufgabe, dass auch jene, die nicht körperlich anwesend sein können, den Pflegetag virtuell über elektronische Medien begleiten können, zumindest den Eröffnungstag mit seiner zentralen Veranstaltung, auch um im Rahmen einer Online-Umfrage eine aktive Meinungsbildung äußern zu können.

Sicher auch, damit Pflegende das Gefühl bekommen, nicht nur ein kleines Rädchen im Getriebe zu sein, das sowieso nichts bewegen kann.

Wir müssen einer möglichst großen Anzahl von Pflegenden ein Instrument in die Hand geben, mit dem sie sich aktiv beteiligen können, damit ihre Stimme gehört und ihr Votum abgefragt werden kann.

Demnach wird es eine Art Online-Abfragetool geben.

Ich bin guten Mutes, dass wir etwas präsentieren können, mit dem wir künftig die gesamte Information unserer Berufsgruppe ganz anders als bisher distribuieren können. Dazu müssen wir es aber zuallererst schaffen, den Bekanntheitsgrad des Deutschen Pflgetags zu steigern und als eine Marke zu etablieren. Denn das ist und wird kein beliebiger Kongress, sondern eben der Deutsche Pflgetag.

Das klingt nach einer Dimension, für die der Pflgerat starke Partner braucht.

Wir haben mit der Schlüterschen Verlagsgesellschaft als Art Generalunternehmer, dem AOK Bundesverband, dem GKV-Spitzenverband und dem Städte- und Gemeindebund bereits wichtige Partner begeistern können. Im nächsten Schritt werden wir den großen Institutionen der Wirtschaft in Deutschland klarmachen, welche Bedeutung die professionelle Pflege auch für diverse Bereiche der Wirtschaft und für die Unternehmen selbst leistet.

Die gewählte Location scheint auch auf Wachstum und auf Skalierbarkeit angelegt zu sein.

Wir wollen im Gegensatz zum Ärzte- oder Apothekertag nicht wandern, sondern den Deutschen Pflgetag zentral in unserer Hauptstadt

verankern. Wir haben den Flughafen Tempelhof aus ganz unterschiedlichen Gründen gewählt: Er ist geschichtsträchtig, er bringt sehr viel zum Ausdruck, er signalisiert Durchhaltevermögen, Aufbruch, enthält Bewährtes, strahlt aber auch Geschichte aus und ist in der Skalierbarkeit nach oben fast unendlich.

Bis irgendwann bis zu 1,2 Millionen kommen.

Na, das wird dauern, aber ganz unmöglich ist das nicht. Wenn wir den ein oder anderen Hangar dazu nehmen, bringen wir die schon unter. Aber Spaß bei Seite, man wird ja träumen dürfen. Wie auch immer, ist schon jetzt die Erwartungshaltung an uns enorm. Kein Wunder, dass ich schon ein bisschen nervös bin und durchaus auch schon jetzt Lampenfieber habe. Vor allem, weil ich voll auf meine Profession setze, die zeigen muss, dass sie hinter uns steht und uns nicht durch Nicht-Erscheinen im Regen stehen lässt.

Wie lautet Ihre zentrale Botschaft?

Ganz einfach: Die Pflegenden haben es wie bei der Einführung der Pflegekammern ein großes Stück weit selbst in der Hand, etwas zu bewegen und uns und damit im Endeffekt sich selbst durch ihr Kommen den Rücken zu stärken. Meine Bitte: Lasst uns mit stolzgeschwellter Brust in diesen Flughafen eintreten und dieses Jahr das zentrale Abfertigungsgebäude des Tempelhofs, in den späteren Jahren dann diverse Hangar füllen.

Herr Westerfellhaus, vielen Dank für das Gespräch. <<

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

Statement: Karl-Josef Laumann

Herr Laumann, gefragt als Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und Bevollmächtigter für Pflege: Lange Zeit wurden die neuen Pflegestufen und der neue Pflegebegriff diskutiert, nun sollen sie bis 2017 sukzessive eingeführt werden. Woran hat es so lange gehapert? Was wird dadurch verbessert?

Wir dürfen nicht vergessen, dass es sich bei der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes um die wohl größte Reform der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung vor 20 Jahren handelt. Ich habe ja Verständnis dafür, dass es einigen nicht schnell genug damit gehen kann. Aber eine so grundsätzliche Reform kann man nicht von heute auf morgen über das Knie brechen. Doch ich kann Ihnen versichern: Wir werden das jetzt in dieser Wahlperiode umsetzen. Mit dem neuen Begriff werden wir eine völlig neue und gerechtere Systematik schaffen, bei der der Grad der Pflegebedürftigkeit nicht mehr nur allein anhand körperlicher Faktoren ermittelt wird. Künftig werden darüber hinaus auch geistige und kommunikative Kriterien eine ganz wichtige Rolle spielen. Davon profitieren gerade Demenzerkrankte, die von dem alten Begriff bislang völlig unzureichend erfasst wurden.

Mehr Geld im Pflegesystem und neue Pflegestufen werden

nichts nützen, wenn der Überalterung der deutschen Gesellschaft nicht durch qualifizierte Zuwanderung entgegengewirkt wird. Doch damit tun sich ethische Fragen auf: Was passiert in den Heimatländern, die oft mit ähnlichen Problemen wie Deutschland zu kämpfen haben?



Da sprechen Sie einen wichtigen Punkt an. Zum Beispiel ist jeder herzlich willkommen, der als Pflegekraft hier bei uns tätig sein will, wenn er erstens fair bezahlt, zweitens sozial-, krank-, unfall- und haftpflichtversichert und drittens selbstverständlich gut untergebracht ist. Das ist nicht nur für unsere Pflegelandschaft eine Bereicherung. Doch das Problem des Fachkräftemangels lässt sich nicht einfach durch Zuwanderung lösen. Wir müssen unsere Hausaufgaben schon selbst machen. Wir müssen den Pflegeberuf so attraktiv machen, dass ihn auch hierzulande möglichst viele Menschen erlernen und ausüben wollen. Und in der Tat sollten wir auch immer im Kopf haben, dass die Menschen, die zu uns kommen, womöglich auch in ihren Heimatländern gebraucht werden.

Das ausführliche Interview mit Karl-Josef Laumann, der auch auf dem Deutschen Pflgetag spricht, lesen Sie in „Monitor Versorgungsforschung“ 01/15.

2. Deutscher Pfllegetag vom 12. bis 14. März 2015

Partner bauen ihr Engagement aus

Vom 12. bis 14. März 2015 soll der 2. Deutsche Pfllegetag im ehemaligen Flughafen Tempelhof in Berlin stattfinden. Nach der erfolgreichen Kongresspremiere im Januar 2014 baut der Deutsche Pfllegerat e.V. (DPR) die Veranstaltung weiter aus. Erneut kann das Event dabei auf eine außergewöhnlich breite Koalition aus Partnern bauen – mit dem AOK Bundesverband, dem GKV-Spitzenverband und dem Deutschen Städte- und Gemeindebund. Ziel ist, den Pfllegetag als zentrales, jährliches Event der Pflege in Berlin zu etablieren und weiter zu entwickeln. In Vorbereitung des 2. Deutschen Pfllegetags treffen sich bereits am 29. Januar 2015 die Entscheider und Partner aus Pflege, Politik, Wirtschaft und Gesellschaft zu einer Klausurtagung.

>> „Pflege ist das wichtigste gesundheitspolitische Thema in diesem Jahrzehnt“, betont Andreas Westerfellhaus (Bild), Präsident des Deutschen Pfllegerats.



„Sie stellt die Gesellschaft vor riesige Herausforderungen. Im Zentrum aller Bemühungen muss allerdings zunächst die Situation der Leistungserbringer, die der Pfllegenden stehen – und zwar in allen Sektoren, in denen Pflegeprofis ihre Leistungen erbringen.“ Mit seinen Partnern will der DPR die großen Fragen der Pflege angehen und die Diskussion um nachhaltige Lösungen forcieren. Westerfellhaus: „Auf dem Deutschen Pfllegetag werden Politik und Wirtschaft direkt angesprochen. Über den Kongress

hinaus werden wir diesen Dialog ganzjährig fortführen und das Thema Pflege sowie die Leistung der Pfllegenden in der öffentlichen Wahrnehmung verankern.“

Peter Bechtel, Vorsitzender des Programmbeirats, beschreibt die inhaltliche Ausrichtung: „Wir wollen die zentrale Veranstaltung für Pflege in Deutschland auf die Beine stellen. Vom Deutschen Pfllegetag sollen wichtige Signale und nachhaltige Lösungen ausgehen, hier sollen die maßgeblichen berufspolitischen Belange der professionellen Pflege und der Hebammen zur Sprache kommen.“ Gleichzeitig wolle man den intensiven Austausch mit pfllegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen ermöglichen.

Wie schon bei der Kongresspremiere sind der AOK-Bundesverband als Gründungsmitglied sowie der GKV-Spitzenverband und der Deutsche Städte- und Gemeindebund am 2. Deutschen Pfllegetag beteiligt. AOK-Vorstandsvorsitzender Jürgen Graalmann: „Der Deutsche Pfllegetag basiert auf einer Zusammenarbeit von Partnern, die eine breite gesellschaftliche Koalition vertreten: Mit dem Deutschen Pfllegerat als Vertreter der beruflichen Pflege, dem Deutschen Städte- und Gemeindebund sowie dem GKV-Spitzenverband und der AOK auf Seiten der Pflegekassen. Es wird nur gemeinsam gelingen, die großen Aufgaben in der Pflege

zu meistern.“

Neuer Organisationspartner für den Pfllegetag ist die Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover (siehe Interview mit SVG-geschäftsführer Harm van Maanen). Ansprechpartner bei der Schlüterschen ist Falk Teuscher, der bereits beim vorigen Organisator Springer Medizin zum Erfolg des Deutschen Pfllegetags beigetragen hat.

Am Donnerstag, 12. März, findet die Veranstaltungseröffnung mit Zugang zur begleitenden Fachmesse statt, indes erst ab 13 Uhr, damit genug Zeit zur Anreise bleibt. Ab 14 Uhr begrüßt dann Andreas Westerfellhaus die Ehrengäste, Teilnehmer und Referenten, danach folgt ein politisches Grußwort eines noch nicht genannten, sehr hochrangigen Politikers.

Nach einer kurzen Pause hält Franz Müntefering eine Keynote, ab 16 Uhr startet das Programm des ersten Tages mit dem Thema „Pflege – Auf Leben und Tod“ unter Mitwirkung von Dr. Carmen Breuckmann-Giertz, Prof. Dr. Christoph Student und Prof. Christel Bienstein.

Am Freitag eröffnet erneut Westerfellhaus das Kongressprogramm, danach folgt das Statement „Pflegepolitik aktuell“ des Pflegebeauftragten Karl-Josef Laumann, ab 11 Uhr 30 gibt es dann parallel laufende Track-Stränge (s. S. 14/15). <<

Deutscher Pfllegerat

Der Deutsche Pfllegerat e.V. (DPR) ist seit 1998 Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens. Der DPR vertritt die Profession Pflege und schafft die erforderlichen Rahmenbedingungen für eine optimale Ausübung der Profession. Als Dachverband der wichtigsten Pflegeverbände sorgt der DPR für die politische Durchsetzung von pflegeberuflichen Zielen. Das beinhaltet Aufklärungsarbeit ebenso wie Qualitätsförderung und Mitgestaltung.

Schlütersche Verlagsgesellschaft

Die Schlütersche Unternehmensfamilie ist einer der führenden Anbieter von Fachinformationen und Branchenverzeichnissen in Deutschland. Der Hauptsitz befindet sich in Hannover. Die Schlütersche ist durch ihre Beteiligung an der web care LBJ GmbH mit dem Serviceportal pflege.de im digitalen Vermittlungsgeschäft tätig. Zudem gibt sie in ihren Verlagsprogrammen Schlütersche Pflege und Brigitte Kunz Verlag eine Vielzahl von Pflegemedien für die Praxis heraus.

vdek sucht Ideen für die Rolle der Pflegekräfte von morgen

>> „Kontinuierlich steigende Lebenserwartung, niedrige Geburtenraten, zu geringe Zuwanderung aus dem Ausland: Die Gesellschaft Deutschlands altert. Damit gewinnt auch die Pflege an Bedeutung. Doch mit dem demografischen Wandel kommen auf Pflegekräfte und Pflegeeinrichtungen neue Herausforderungen zu. Die Ersatzkassen stellen bei ihrem diesjährigen, sechsten vdek-Zukunftspreis die Pflegeberufe in den Mittelpunkt und prämiieren innovative Projekte, die die Pflegekraft von morgen im Blick haben. Die besten Konzepte werden mit einem Preisgeld von 20.000 Euro ausgezeichnet. Bewerbungsfrist ist der 29. März 2015.“

Wie kann im Bereich Pflege den Herausforderungen durch den demografischen Wandel erfolgreich begegnet werden? Wie lässt sich die Attraktivität des Pflegeberufs steigern, und wie können Probleme des Berufsalltags vermieden werden? Welche Konzepte gibt es, Pflegekräfte noch stärker in die Versorgung einzubinden, sie aus- und weiterzubilden? Unter dem Motto „Pflegekräfte der Zukunft – Ideen und Konzepte für die zukünftige Rolle der Pflegekräfte in der Versorgung“ sucht der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Konzepte, die innovative Antworten auf diese Fragen haben.

Zur Bewerbung aufgefordert sind insbesondere Projekte:

- zur Ausbildung von Pflegekräften
- zu neuen Formen der Berufsausübung und Arbeitsteilung sowie
- Ideen, die Wege aufzeigen, wie der Pflegekräftemangel verhindert bzw. abgeschwächt werden kann.

Die Jury setzt sich zusammen aus:

- Christian Zahn (Juryvorsitz), Verbandsvorsitzender des vdek,
- Prof. Dr. Attila Altiner, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Rostock,
- Karl-Josef Laumann, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege,

- Prof. Dr. Thomas Klie, Professor an der Evangelischen Hochschule Freiburg,
- Dr. Angelika Prehn, Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin,
- Dr. Monika Schliffke, Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein.

Maßgebliche Kriterien bei der Bewertung sind insbesondere die versorgungspolitische Relevanz, qualitative Aspekte sowie die Praxisrelevanz der Projekte.

Infos: vdek.de. Für weitere Fragen steht Herr Müller allen Interessierten gerne unter der Telefonnummer 030 / 269 31-17 61 zur Verfügung. <<

Warnung vor Armutsfalle

>> „Es ist eine fatale Entwicklung, wenn immer mehr Pflegebedürftige auf staatliche Unterstützung angewiesen sind“, kommentiert Ulrike Mascher, Präsidentin des Sozialverbands VdK, aktuell veröffentlichte Zahlen. Demnach mussten 2013 444.000 Menschen „Hilfe zur Pflege“ beantragen. Vor zehn Jahren waren es knapp 340.000 Pflegebedürftige. „Pflegebedürftige müssen immer mehr aus der eigenen Tasche zahlen, weil die Leistungen der Pflegeversicherung den tatsächlichen Aufwand nicht mehr decken“, sagt die VdK-Präsidentin. Der Anstieg der Leistungsempfänger habe laut Mascher mehrere Ursachen. „Steigende Heimkosten einerseits, stagnierende Bestandsrenten andererseits und sinkende Zahlbeträge bei Neurenten. Eine gute stationäre Versorgung geben viele Renten nicht her, besonders nicht die von Frauen.“

Pflegebedürftigkeit ist inzwischen ein Armutsrisiko, das durch

einschneidende Maßnahmen verhindert werden muss“, so die VdK-Präsidentin weiter. Um das mit Pflegebedürftigkeit verbundene Armutsrisiko zu mindern, sei etwa eine jährliche Anpassung der Pflegeleistungen an die tatsächliche Kostenentwicklung im Pflegesektor erforderlich. „Seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 ist die Kaufkraft der Zahlungen aus der Pflegeversicherung stark gesunken.“ <<

Was macht eine Kammer?

Eine Kammer ist eine berufsständische Selbstverwaltungsorganisation in der Rechtsform der Körperschaft des öffentlichen Rechts. Aufgaben der Pflegekammer wären u. A. die Bündelung der berufsständischen Interessen der Pflege, z. B. als Ansprechpartner für die Politik, durch fachliche Mitwirkung bei Gesetzgebungsverfahren oder durch Öffentlichkeitsarbeit, Erlass einer Berufsordnung, Empfehlungen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung pflegerischer Berufsausübung und Führen eines Berufsregisters aller Pflegefachpersonen.

Pflegende in Schleswig-Holstein für Pflegekammer

>> Nach Rheinland-Pfalz steht nun mit Schleswig-Holstein ein zweites Bundesland unmittelbar vor der Gründung einer Pflegekammer. Auch in Schleswig-Holstein haben sich jetzt Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften zusammengeschlossen und versuchen, den Erfolg langjähriger Forderung der Pflegenden nach beruflicher Selbstverwaltung noch im Zieleinlauf mit Vehemenz und nach Meinung des DBfK

„zum Teil unseriösen Argumenten“ zu verhindern. Die Einmischung der Arbeitgeber in die Frage, ob der Pflege eine Selbstverwaltung zustehe, sei für sich genommen schon unerträglich. Doch dass die Arbeitgeber der Pflegekammer

einen Attraktivitätsverlust für die Pflegeberufe unterstellten, sei eine Frechheit. Darum betont DBfK-Präsidentin Prof. Christel Bienenstein weiter: „Die dramatische Situation der beruflichen Pflege haben Andere zu verantworten. Wenn wir eine zukunftsfähige Pflege auf einem hohen Qualitätsniveau haben wollen, werden es alle aushalten müssen, dass die Pflege sich besser selber drum kümmert.“ Die Errichtung einer Pflegekammer werde von der Mehrheit der Pflegenden in Schleswig-Holstein ausdrücklich gewünscht. Der dramatische Imageverlust und die mangelnde Wertschätzung der Pflegeberufe hätten ihren Ursprung vor allem in den bisherigen Strukturen. Würde die Pflege auch weiterhin an der Gestaltung der eigenen Belange nicht beteiligt, wird – so der DBfK – die Qualität der Pflege unter den zukünftigen Herausforderungen erheblich leiden. <<

Programm des Deutschen Pflegetags am Freitag, 13.03.: Professionelle Pflege als Schlüsselfaktor für exzellente Pflege

Raum	9:00				10:00				11:00				12:00				13:00				14:00				15:00				16:00				17:00				18:00			
	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00
Track 1									Das neue Begutachtungsassess- ment – Die neue Grundlage der Pflegeversicherung								Praktikabilität des Neuen Begutach- tungsassessments und Leistungsauflä- ge in Pflegeeinrichtungen								Am Lebensende – Bedürfnisgerechte Palliativversorgung															
									NBA als neue Grundlage der Pflegeversicherung – Eine Einführung Fleer								Erwartungen an den neuen Pflege- bedürfnisbegriff Kiefer								Palliativangebote für demenzkranke Menschen Perrar															
									NBA als Grundlage für die Versorgungs- und Hilfeplanung Russ								Das neue Begutachtungsinstrument – Wie bewährt es sich in der Praxis? Pick								„Leben auf Zeit“ – Anpassungsstra- tegien palliativ betreuter Menschen Weglage															
									NBA als Grundlage für die struktu- rierte Informationssammlung Beikirch								Von der Pflegestufe zum Pflegegrad: Versorgungsaufwände und Leistun- gen i.d. pfl. Versorgung Rothgang								Beratung von pflegenden Angehörig- en in der Palliativversorgung Doll															
									NBA als Grundlage für die Reflektion des pflegerischen Handelns in der Qualitätssicherung Kelleter																															
Track 2									Schmerz lässt nach! Konzepte zur Schmerzbehandlung und -prävention								Qualität in der Pflege: Experten- standards als Maßstab pflegerischen Handelns								eHealth – Was hat das mit Pflege zu tun?															
									Schmerzernennung und nicht medi- kamentöse Schmerzbehandlung bei Frühgeborenen Cignacco								Expertenstandards als Qualitäts- instrument in der Pflege Moers								eLearning in der Pflege Simons															
									Schmerz und mHealth – eine gute Kombination? Ewers								Implementierung von Experten- standards in die Praxis – Hilfen und Hürden Flerchinger								IT/Telematik/-nursing – Welche Anforderungen kommen auf die Pflege zu? Hülken-Gießler															
									Volkskrankheit Schmerz – eine gesundheitspolitische Herausforderung Isenberg								Expertenstandards nach §113a SGB XI – zum Stand der Entwicklung Kücking								Elektronische Patientenakte an der Schnittstelle Arztpraxis – Pflege- heim Landgraf															
Track 3									Für alle Fälle – Zeitgemäße Entgelt- und Bemessungssysteme im Krankenhaus								Gemeinsam stark: Angehörige und Profs als Team								Pflegedokumentation im Kran- kenhaus															
									Qualitätssicherung im DRG-System – Stopp des Rationalisierungsdrucks von Leistungszeiten Neubauer								Pflegen und betreiben in gemein- samer Verantwortung – neue pol. Weichenstellungen Viere								Pflegedokumentation – Vom Ärgernis zur wertschöpfenden Infor- mation Raffel/Hunstein															
									Personalkennzahlen im DRG-System Plücker								Möglichkeiten der Entwicklung bürgerschaftl. Engagements Behrens								Elektronische Behandlungsinforma- tion (eBI) – ein Modell der Knapp- schaft Weiß															
									Anforderung an ein zeitgemäßes Entgeltsystem für Krankenhäuser Simon								Mit einem Mal ist alles anders: Plötzliche Pflegebedürftigkeit in jungen Familien Sander								Pflegedokumentation im Kranken- haus - Projekt zur Entbürokratisie- rung Jorzig															
Track 4									Innovation in der Pflege – Theorie trifft Praxis								Ausbildungsreform								Berufe im Wandel – Wer macht was mit welcher Qualifikation?															
									Nurse Practitioner – Neue Rollen für eine bessere Versorgung De Jong								Aktueller Stand des Gesetzgebungs- verfahrens und der Finanzierungsre- gelung Grigutsch								Wer darf was und welche Kompeten- zen sind dazu erforderlich? Hess															
									Innovation versus Kostendruck im Gesundheitswesen Fischer								Die generalistische Pflegeausbildung und ihre Auswirkungen Drude								Wandel des Gesundheitswesens und Aufgabenfelder für die Pflege am Beispiel Krankenhaus Stemmer															
									Initiative Pflege-Innovation 2020 N.N.								Pflegebildung in akademischen Strukturen Friedrichs								Aufgabenteilung zwischen Ärzten und Pflegenden – Gibt es ein Effzi- enzpotential? Matzke															

Ein Abend des AOK-Bundesverbandes für pflegende Angehörige und professionell Pflegenden

Positionspapier Laumann: Pflegenoten gescheitert – mehr Transparenz für Verbraucher schaffen

>> Um gute Pflegequalität in Pflegeeinrichtungen zu gewährleisten, sind regelmäßige und unangemeldete Qualitätsprüfungen und Kontrollen in Pflegeeinrichtungen richtig und wichtig. Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) leisten bei ihren Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen grundsätzlich gute Arbeit.

Allerdings ist es misslungen, die Prüfberichte des MDK in Schulnoten zu übertragen. Die veröffentlichten Noten auf Basis der Qualitätsprüfungen sind für die Verbraucher nicht aussagekräftig. Der Notendurchschnitt für alle rund 12.500 stationären Pflegeeinrichtungen liegt bei 1,3. Ein solches Benotungssystem wird von den Verbrauchern nicht ernst genommen, es verschleiert die differenzierte Wirklichkeit. Der Gesetzgeber hatte 2008 vorgesehen, die in den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität offen zu legen, damit sich jeder Verbraucher schnell einen Überblick verschaffen kann, welche Pflegeeinrichtungen gut sind und welche nicht.



Die Spitzenverbände der Pflegekassen verständigten sich mit den Pflegeeinrichtungsbetreibern, Sozialhilfeträgern und den kommunalen Spitzenverbänden auf ein System, dessen – vor dem Hintergrund bereits damals geäußelter Kritik – erforderliche Überarbeitung 2013 aber erst in einem Schiedsverfahren gelang.

Die so vereinbarten Pflegenoten führen jedoch weder zu Transparenz noch zu mehr Qualität in den Pflegeeinrichtungen, auch nicht nach der erfolgten Überarbeitung des Systems seit Anfang dieses Jahres.

Die Bürger werden durch die Noten bei der Wahl einer Pflegeeinrichtung nicht transparent informiert. Denn es wird bisher nicht unterschieden zwischen unabdingbaren Kernkriterien, die eine gute Pflegeeinrichtung auf jeden Fall erfüllen muss, und weniger wichtigen Faktoren. Wenn die falschen Medikamente verteilt werden, wiegt das derzeit grundsätzlich nicht schwerer, als wenn die Speisekarte

schwer lesbar ist, weil sie zu klein gedruckt ist.

Bei den bisherigen MDK-Prüfungen wird – auch das ist Ergebnis

Programm des Deutschen Pfl egetags am Samstag, 14.03.

Raum	9:00				10:00				11:00				12:00				13:00				14:00				15:00				16:00				17:00				18:00			
	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00
Track 1	Sektorenübergreifende Versorgung aus einem Guss								Die Zukunft liegt im Quartiersmanagement								Altersgerechtes Wohnen – Von der Vision zur Realität																							
	Überleitung vom stationären Bereich in die ambulante Nachsorge Schlechtweg								ENE MENE schau mal her, meine Mama kann noch mehr! Sander/Rothstein								Potenzial spezieller Wohn- und Versorgungsformen (inkl. Ökonomie) Kuhlmeiy																							
	Vom Akutbereich in die häusliche Umgebung – Integrierte Altersversorgung Kurlemann								Was sind Quartiere und wem nützen sie? Hédiard								Neue Wohnformen für pflegebedürftige Menschen Wolf-Ostermann																							
	Stärkung der Selbstmanagementkompetenzen im Krankheitsverlauf bei Parkinson Lautenschläger								Regionalisierung in der Gesundheitsversorgung als Weg der Zukunft Schaeffer								Ambient Assisted Living – technischer Gimmick oder Hilfe im Alltag Raiß																							
Track 2	Assessments – Taugliche Handlungshilfe oder pflegewissenschaftlicher Höhenflug?								Multiprofessionelle Ansätze zur Versorgung bei Demenz								Betriebliche Gesundheitsförderung als Investition in die Zukunft																							
	Bedeutung von Assessmentinstrumenten in der pflegerischen Praxis Bartholomeyczik								Pflegethermometer 2014 – Erkenntnisse für die Praxis Isfort								Betriebliches Gesundheitsmanagement – Mehrwert für heute und morgen Brandenburg																							
	Risikoerkennung als Teil des Pflegeprozesses Roes								„Störfaktor Demenz“ im Akutkrankenhaus Balzer oder Köpke								Pflege braucht Pausen. Handlungsbedarf im System Rustler																							
	Schmerzassessment bei Demenzkranken Fischer				Pause				Multiprofessionelle Ansätze zur Versorgung bei Demenz Quack				Mittagspause				Ein Praxisbeispiel zur betrieblichen Gesundheitsförderung für Beschäftigte in der Altenpflege Weißmann				Ende des Kongresses																			
Track 3	Managen kann jeder – Führen nur wenige								Chronische Wunden: hochspeziell, teuer, überversorgt?								Die Pflegekammern kommen – Was heißt das konkret?																							
	Personalbindung vor Personalrekrutierung Larsen								Versorgung chronischer Wunden – ein Feld pflegerischer Expertise Panfil								Pflegekammern in Deutschland – Ein Update Höfert																							
	Führungskompetenz im Gesundheitswesen Tewes								Rolle der Pflegeexperten Wunde in der Versorgung – Potenziale und Hürden in der Praxis Schmidt								Aufbau der Pflegekammer in Rheinland-Pfalz Mai																							
	Das Führungs-Kompetenzprofil. Sinn vermitteln, Herz und Vernunft der Mitarbeiter Hinterhuber								Barmer GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2014 Schlenker								Pflegekammer, Berufsverband, Gewerkschaft – wer vertritt die Pflegenden denn nun? Wagner																							
Track 4	Pflegebildung offensiv – Eine Veranstaltung des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe								Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile: Arbeiten im multiprofessionellen Team								Patientensicherheit																							
	Hochschulische Erstausbildung in der Pflege – im Spannungsfeld von Heilberufe-/Hochschulrecht Igl								Multiprofessionelle Teamarbeit: Das Einfache, das so schwer zu machen ist Höhmann								Initiative des Pflegemanagements zu mehr Bewohner- und Patientensicherheit Ratic/Patzelt																							
	Fluch oder Segen für die Gesundheits- und Krankenpflege: Der Dt. Qualifikationsrahmen Schüller								Arbeitswelt Krankenhaus – die Perspektive der Pflegenden Bräutigam								Hamburg auf dem Vormarsch: Patientensicherheit im Curriculum der Gesundheitsfachberufe Hopfmann																							
	Standards der Lehrerbildung, KMK-Standard für die berufliche Fachrichtung Pflege Ertl-Schmuck								Der Heidelberger Studiengang Interprofessionelle Gesundheitsversorgung B.Sc. Mahler								Aktuelles aus dem Aktionsbündnis Patientensicherheit Francois-Kettner																							

Aktuelle Infos: www.deutscher-pflegetag.de unter „Programm“

des o.g. Verfahrens – weiter zu viel Wert auf die Dokumentation und Konzepte gelegt und – trotz Verbesserungen nach der Überarbeitung – noch zu wenig auf das, was tatsächlich an Pflege und Zuwendung beim Pflegebedürftigen ankommt. Pflegeeinrichtungen legen eigene „MDK-Ordner“ an, um die Antworten für die Prüfer mundgerecht vorzubereiten. Das sorgt für viel überflüssige Bürokratie. Pflegebedürftige werden zwar in einer Stichprobe nach ihrer Zufriedenheit befragt, die Ergebnisse fließen aber gar nicht in die Gesamtnote ein.

Die jetzige Situation, in der die Festlegung der Prüffragen den Verbänden der Pflege-Selbstverwaltung überlassen ist, führt im Ergebnis dazu, dass gegen das Votum der Trägerverbände aussagekräftige Bewertungen nicht zustande kommen. Ziel muss es daher sein, die Prüfkriterien und -fragen künftig auf Basis fachlich-wissenschaftlicher Kriterien und nicht durch Verhandlungen zu ermitteln.

Darüber hinaus: Der MDK und die Heimaufsichten auf Landesebene stimmen ihre jährlichen Prüfungen noch zu selten miteinander ab. Dabei prüfen sie in den Pflegeeinrichtungen oftmals das gleiche, aber teilweise mit verschiedenen Fragebögen. Solche Doppelprüfungen führen zu weiteren bürokratischen Belastungen der Pflegeeinrichtungen, die kaum Mehrwert bringen und Zeit kosten, welche dann für die Pfl-

gebedürftigen fehlt. Die rechtlichen Grundlagen für eine bessere Kooperation sind vorhanden, werden aber in der Praxis nicht ausreichend genutzt.

Daraus ergibt sich politischer Handlungsbedarf Die Veröffentlichung der bisherigen Pflegenoten muss umgehend ausgesetzt werden, da sie keine hilfreichen Aussagen generieren und sogar irreführend sind. Wir brauchen messbare Kriterien, an denen sich die Qualität von Pflege und Betreuung festmachen und vergleichen lässt.

Diese Kriterien müssen eine fundierte wissenschaftliche Grundlage haben und dürfen nicht interessengeleitet sein. Die heutigen Paragraphen 112 bis 115 SGB XI müssen daher im Pflegestärkungsgesetz II so geändert werden, dass ein unabhängiges Expertengremium aus Wissenschaftlern geschaffen wird, das verbindlich für alle festlegt, wie die Ergebnisse der MDK-Prüfungen unverfälscht und in für die Verbraucher leicht verständlicher Form veröffentlicht werden. Das Gremium soll dem Stand der Wissenschaft entsprechende Prüfkriterien und ein aussagekräftiges Bewertungssystem festlegen – damit die Transparenzberichte endlich halten, was ihr Name verspricht. <<

Karl-Josef Laumann, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und Bevollmächtigter für Pflege.

Interview mit Harm van Maanen, Geschäftsführer der Schlüterschen Verlagsgesellschaft

„Wir müssen endlich Farbe bekennen“

Die Schlütersche Verlagsgesellschaft hat im September letzten Jahres Harm van Maanen (47) in die Geschäftsführung berufen, dort verantwortet er die Bereiche Fachinformationen und Regionalmedien. Eine seiner ersten Aktionen war es, die Position des 265-jährigen Verlags im digitalen Vermittlungsgeschäft für den Mittelstand im schnell wachsenden Markt der Pflege zu stärken, indem sich die Schlütersche am Hamburger Unternehmen web care LBJ GmbH – der Betreiberfirma von pflege.de – beteiligte. Harm van Maanen, früher Executive Vice Präsident von Springer Medizin, erweitert das Engagement des Verlags mit der Organisation des 2. Deutschen Pflorgetags. „Monitor Pflege“ sprach mit ihm über die Hintergründe.

>> Herr van Maanen, Sie sind jetzt seit gut einem Jahr Geschäftsführer der SVG, einem der großen Verzeichnisverlage Deutschlands, der vordergründig nichts mit dem Bereich Gesundheit zu tun hat.

Ich muss Sie etwas korrigieren: Die immerhin schon 1747 gegründete Schlütersche Verlagsgesellschaft ist schon lange kein klassischer Verlag mehr, sondern sieht sich als 360-Grad-Dienstleister für den Mittelstand, der zugeschnittene Services und Produkte aus einer Hand liefert – von Branchenverzeichnissen, Online Marketing Services, crossmedialen Fachinformationen bis hin zu großen Veranstaltungen und Messen, wie wir sie zum Beispiel für den Deutschen Pflegerat mit dem Deutschen Pflorgetag im März dieses Jahres durchführen. Und Sie haben es selbst gesagt: vordergründig. Denn in unseren Branchenverzeichnissen finden sich unzählige Firmen, die im Bereich Gesundheit und der Pflege engagiert sind, denen wir mit einem modernen crossmedialen Angebot einen ganz anderen Zugang zu Kunden und Patienten schaffen können als früher, als die Gelben Seiten noch ein gedrucktes dickes Buch waren, in dem man sich die nötigen Services zusammensuchen musste. Dieser Businessansatz hat sich seit langem gravierend gewandelt und wird auch durch meine Aktivitäten doch eher verstärkt. Nur ein Beispiel: Heute werden monatlich rund 1,4 Millionen Arztsuchen über die Gelben Seiten getätigt.

Ebenso hat sich die Schlütersche, kurz SVG, seit 2013 an dem Onlineportal www.pflege.de beteiligt.

Unter anderem. Doch nicht die Beteiligung an sich ist interessant, sondern der Businesscase dahinter. pflege.de ist im Prinzip eine call-centergestützte Informationsplattform für Dienstleistungen rund um diesen wachsenden Bereich, der mit den aktuellen Pflegestärkungsgesetzen immer mehr in den Fokus der Gesellschaft rückt.

Wie definieren Sie Informationsplattform?

Vielleicht ist der Begriff Serviceeinheit besser. Stellen Sie sich vor: Eine Angehörige ruft bei pflege.de an und möchte wissen, was alles auf sie zukommt, wenn ihre alte Mutter nun kurz davor steht, pflegebedürftig zu werden. Damit sucht diese Frau bei uns Rat und bekommt ihn, und dazu jede Menge Kontakte, die ihr helfen können, beispielsweise das Haus, in dem die Mutter noch lebt, altersgerecht umzubauen, vielleicht auch einen Treppenlift einzubauen, ein Notrufsystem zu implementierten und natürlich auch, einen ambulanten Pflegedienst auszusuchen. Das macht pflege.de heute schon und hilft damit 10.000 Ratsuchenden pro Monat. Tendenz stark steigend.

Wie kommt der Deutsche Pflorgetag ins Spiel, den die SVG im März diesen Jahres im Auftrag des Deutschen Pflegerats veranstaltet?

Ich bin zuallererst persönlich davon überzeugt, dass die Pflege ein besonderes und auch langfristiges Engagement vieler Parteien erfordert, denn die Zukunft der Pflege ist eine gemeinschaftliche Aufgabe. Mein Engagement für den Deutschen Pflorgetag stammt ursprünglich noch aus meiner Zeit bei Springer, wo ich von 2009 bis 2013 als Executive Vice President den Bereich Professional Medicine verantworten durfte. Das Problem dabei: Für Springer ist die Pflege ein sehr kleines, nationales Thema, in dem sowohl Umsatz als auch Ertrag weit unterhalb der Kennwerte des globalen Geschäfts liegen. Und: Die Eigentümer sind Investoren, die es unwahrscheinlich machen, dass das Thema Pflege in der Priorisierung weit nach oben rutscht.

Bei der SVG ist das anders?

Die Schlütersche ist ein Unternehmen mit einer sehr traditionellen Gesellschafterstruktur, das natürlich auch auf das Geld schaut. Doch wenn man als Geschäftsführer eine nachvollziehbare, gut argumentierte Investition vorschlägt, erhält man sehr viel Spielraum. Neben der gesellschaftlichen Herausforderung, und das ist nicht ganz unwichtig, ist die Pflege ein sehr schnell und sicher wachsendes Wirtschaftsegment. Alle Kennziffern entwickeln sich steil nach oben. Die Zahl der Beschäftigten, die Zahl der Pflegefälle, die Zahl der pflegenden Angehörigen und entsprechend also auch die Ausgaben für Pflege. Um beim Beispiel von pflege.de zu bleiben, ein Treppenlifthersteller muss sich um die Zukunft wohl eher keine Sorgen machen.

Und auf einmal findet der Deutsche Pflorgetag auch noch im geschichtsträchtigen Flughafen Tempelhof, statt im recht austauschbaren Kontext des Konferenzbereichs irgendeines Hotels statt.

Und dazu noch in der traditionsreichen Empfangshalle dieses historischen Flughafens, der wie kein anderer als Sinnbild für die Luftbrücke gilt, die zur Versorgung hilfsbedürftiger Menschen eingerichtet



wurde – ein Denkmal der Humanität und des Händereichens. Wichtiger als diese Symbolik ist mir aber etwas anderes: Pflege an sich hat einen anderen Stellenwert in der Gesellschaft verdient; mehr noch: Die Gepflegten und vor allem die unzähligen, oft aufopferungsvoll tätigen Pflegenden – ob stationär, ambulant oder privat – haben es verdient, eine neue, höhere gesellschaftliche wie mediale Bedeutung zu bekommen. Das aber ist im Rahmen einer normalen Veranstaltung in einem Hotel oder einer kleineren sonstigen Location schier unmöglich. Tempelhof als Veranstaltungsort ist eine Vorwegnahme der Bedeutung, die der Deutsche Pflgeetag bekommen soll. Symbolisch und faktisch.

Wie sieht denn das Konzept des Pflgeetags aus?

Zuallererst verlangt der „Umzug“ des Deutschen Pflgeetags nach Tempelhof die langfristige Bereitschaft des durchführenden Partners des Deutschen Pflgerats, die notwendigen Investitionsrisiken zu tragen. Die SVG ist hierzu bereit! Einerseits aus inhaltlicher Überzeugung, andererseits auch, weil wir glauben, dass der Deutsche Pflgeetag, kurz DPT, innerhalb nur weniger Jahre eine der wichtigsten Veranstaltungen im Gesundheitswesen sein wird.

Werden Sie nicht schon mit der ersten Veranstaltung im März dieses Jahres, zu der immerhin 2.500 Besucher erwartet werden, erfolgreich sein?

Im Sinne der Pflege und als erster Schritt ganz sicher. Eine derart große Veranstaltung mit einem solch anspruchsvollen Programm, wie sie vom 12. bis 14. März stattfinden wird, hat es im Bereich Pflege in Deutschland so noch nicht gegeben. Immerhin ist der Deutsche Pflgeetag die einzige Veranstaltung seiner Art, was vor allem dem Initiator geschuldet ist: Der Deutsche Pflgerat veranstaltet den DPT gemeinsam mit seinen 16 Mitgliedsverbänden. Einmalig ist dabei vor allem auch das integrative Konzept des DPT: Gemeinsam mit Vertretern aus Politik, Wirtschaft und Gesellschaft soll und wird die Zukunft der Pflege als gemeinschaftliche gesellschaftliche Herausforderung getragen, und nicht mehr wie bis bislang ausschließlich von einer Berufsgruppe sozusagen intern diskutiert werden. Das war und ist sicher auch eine gewisse Zeit ausreichend, doch nun hat das Thema Pflege eine Tragweite entwickelt, in der es aus der Fachöffentlichkeit einer Berufsgruppe in das mediale Bewusstsein der Bevölkerung gehoben werden muss – genau dazu ist der DPT perspektivisch optimal geeignet.

Sehen Sie den DPT als Konkurrenz zu anderen Veranstaltungen in diesem Bereich?

Überhaupt nicht. Es gibt viele Kongresse im Gesundheitswesen und immer mehr auch im Bereich der Pflege. Sie alle haben ihre gewisse Bedeutung für eine Fachgruppe und eine bestimmte Fachöffentlichkeit. Die hier diskutierten Themen sind auch wichtig für die Definition und Weiterentwicklung des Versorgungssystems. Doch bisher gab es kaum Veranstaltungen, die einen tatsächlich gesellschaftlichen Impetus verfolgen. Und obendrein so angelegt sind, diesen auch nachhaltig über Jahre hinweg nicht nur zu tragen, sondern sogar noch weiter ausbauen zu können. Es ist vor allem wichtig, dass die Pflege nicht als Randthema, als Lückenfüller verstanden wird. Es gibt den Ärztetag, den Apothekertag und mal davon ausgehend, dass die Pflegekammer

kommt, scheint es also logisch, dass die Pflege sich auch mit dem DPT sehr wohl emanzipiert.

Viele dieser Veranstaltungen bilden doch inhaltlich eher nur die berufsgruppen-interne Diskussion ab.

Das wird auch der Sichtweise und dem Willen des jeweiligen Veranstalters entsprechen. Darum sollte man über solche Veranstaltungen nicht vorschnell urteilen, sie mögen in ihren jeweiligen Zielgruppen durchaus ihren Sinn haben. Die Zielgruppen des Deutschen Pflgeetags sind, zumindest medial gesehen, alle Zielgruppen, wenn man so will die deutsche Bevölkerung, die sich aufgrund der zunehmenden Dynamik der sich umkehrenden Alterspyramide mehr und mehr mit diesem Thema beschäftigen muss, ob sie es will oder nicht. Ein inhaltliches Konzept für diese Zielgruppen aufzustellen, war eine echte Herausforderung, die aber der wissenschaftliche Beirat, der immerhin mit neun Fachleuten unter der Leitung von Peter Bechtel besetzt ist, sehr gut gelöst hat. Eine ebenso besondere Herausforderung war aber diejenige, ein zukunftsfähiges Sponsorenkonzept zu entwickeln, das über das einer normalen Kongressmesse mit Standpräsentationen aller Couleur hinausgeht. Sicher, das wird es auch geben, doch wir suchen vor allem Partner, die wie die SVG erkannt haben, welche enormen Herausforderungen auf Deutschland fast mit der Urigewalt und der Geschwindigkeit eines Tsunamis zurollen. Und die ebenso erkannt haben: Welche enormen Kapazitäten im Bereich Pflege gebündelt werden, die es zu erfüllen gilt.

Ein Sponsor fragt sich in der Regel zunächst, was er davon hat.

Sicher. Ein Pflgeetag ist jedoch eher wie ein Kultursponsoring zu sehen, denn es geht dabei auch um ein Ideal. Dennoch, in allen Gesprächen, die ich mit potenziellen Sponsoren führe, scheint ein Argument sehr gut verstanden zu werden: Als Sponsor zeigt man 1,2 Millionen beruflich Pflegenden, schätzungsweise 4 Millionen pflegenden Angehörigen und 2,5 Millionen Pflegebürtigen, seine Solidarität. Ich denke, das macht sich am Ende, wenn auch indirekt, bezahlt.

Sie halten demnach wenig von einer normalen Kongressmesse mit Standpräsentationen?

Sie besuchen wie ich viele dieser Veranstaltungen und sehen offenen Auges, wie viele wirkliche Business-Kontakte über diese Veranstaltungen zustande kommen. Doch selbst diese wenigen mögen durchaus sinnvoll sein. Doch wer sich zu einem Metathema wie Pflege inhaltlich kommiten will, wer – auf gut deutsch gesagt - Farbe bekennen will und der größten Berufsgruppe im Gesundheitswesen zu einer eigenen, wertigen Plattform verhelfen will, der macht als Partner beim Deutschen Pflgeetag mit. Denn eines ist sicher, es geht nur gemeinsam, denn ohne eine höhere gesellschaftliche Akzeptanz der beruflich Pflegenden geht es definitiv nicht! Das hat die SVG erkannt und investiert. Mit einer steigenden Zahl von Partnern, die sich als Premiumpartner beworben haben – übrigens: auch die Pharmaindustrie ist eingeladen.

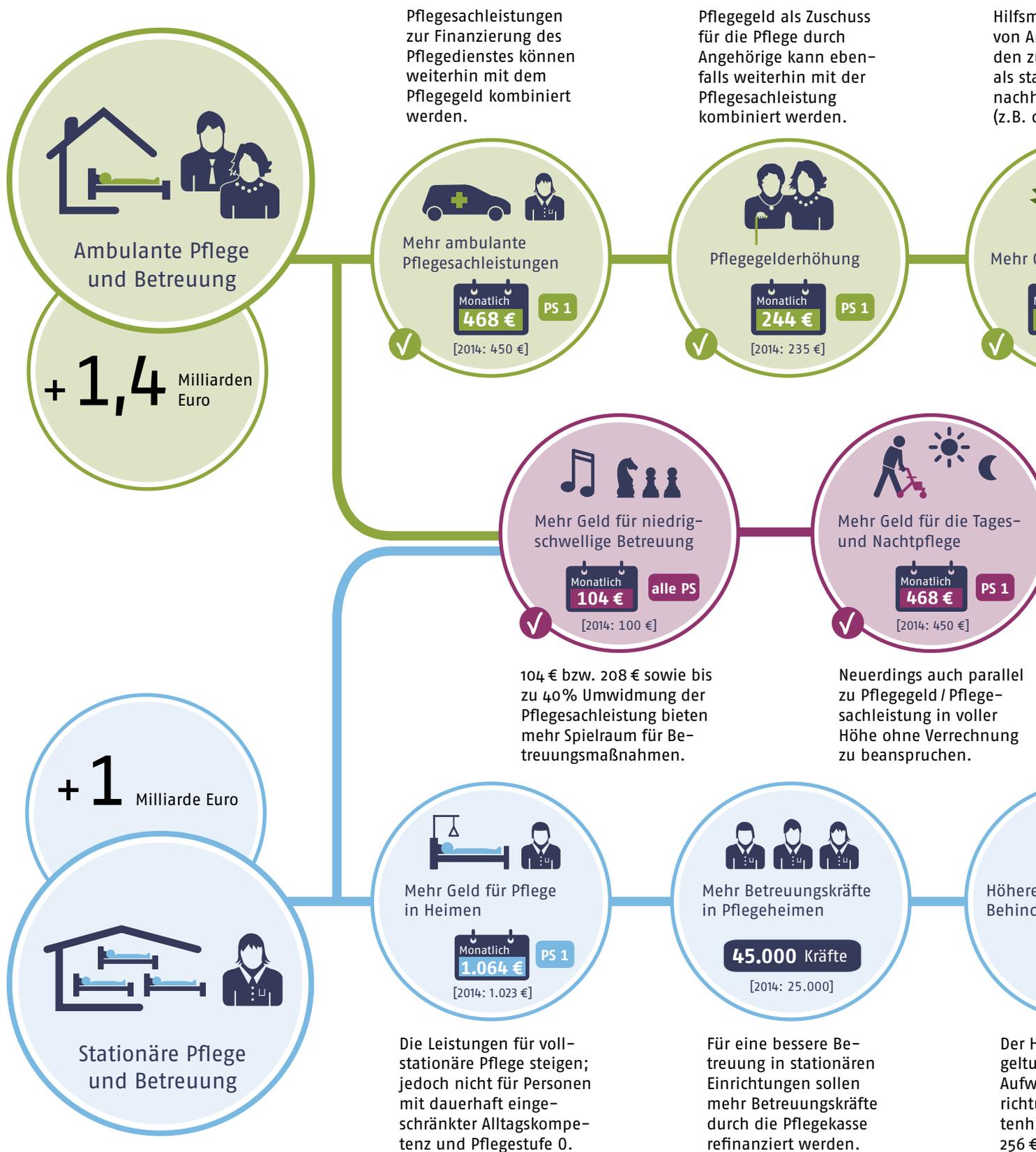
Herr van Maanen, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Gespräch führte MoPf-Chefredakteur Peter Stegmaier.

PFLEGESTÄRKUNGSGESETZ 2015

Alle wichtigen Änderungen auf einen Blick

Mit der „Pflegereform 2015“ wird das Pflegegeld ab dem 1. Januar 2015 in einem Schritt um 2,6 Prozent für Kinderleistungspflege und um 0,2 Prozentpunkt für Pflegegeld erhöht.



PS 1 = Am Beispiel der Pflegestufe 1

✓ = Neu: Mehr Leistungen bei Pflegestufe 0 und eingeschränkter Alltagskompetenz (z.B. bei Demenz)

2015" werden die Beiträge der Pflegeversicherung zum Schritt um 0,3 Prozentpunkte auf 2,35 Prozent (Basis 2014) steigen. 0,1 Prozentpunkte fließen in einen Vorsorgezuschuss in die Erweiterung der folgenden Leistungen.

Mittel für die Pflege Angehörigen wernehmend auch standardisierte Box (z.B. Pflegehaube gesendet Kurabox).

Pro Jahr und Maßnahme werden barrierefreie Umbaumaßnahmen (z.B. Badumbau, Treppenlift) nun verstärkt bezuschusst.

Neuerdings erhalten max. 4 Personen je WG max. 16.000 € für Umbaumaßnahmen und max. 10.000 € Gründungszuschuss.

PFLEGESTÄRKUNGSGESETZ TEIL 2

Das zweite Pflegestärkungsgesetz wird 2015 auf den Weg gebracht und wird voraussichtlich 2017 in Kraft treten. Durch die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sollen Demenzkranke noch früher und umfangreicher als bisher in den Genuss von Leistungen der Pflegeversicherung kommen. Voraussichtlich ab 2017 wird dann die Pflegebedürftigkeit nach dem Grad der Selbstständigkeit von geistig und körperlich Pflege- und Betreuungsbedürftigen und nicht mehr nach dem rein körperlichen pflegerischen Unterstützungsbedarf ermittelt wie bisher.



Geld für Hilfsmittel

Monatlich **40 €** alle PS

[2014: 31 €]



Höherer Zuschuss für barrierefreien Umbau

Jährlich **4.000 €** max. pro Maßnahme

[2014: 2.557 €]



Mehr Geld für ambulant betreute Wohngruppen

Einmalig **10.000 €** max. bei 4 Pers.



Ausbau der Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Jährlich **3.224 €** 56 bzw. 42 Tage p.a.

[2014: 1.550 €]



Pflegeunterstützungsgeld für berufstätige Pflegende

10 Tage **90 %** des Nettoentgelts

Bessere Kombiniermöglichkeiten ergeben max. 42 Tage VHP (2.418 €) und 56 Tage KZP (3.224 €) pro Jahr.

Parallel zum Pflegeunterstützungsgeld werden die Möglichkeiten der Pflegezeit ausgebaut (unabhängig vom PSG).



Leistungen in Berteneinrichtungen

Monatlich **266 €**

[2014: 256 €]

Höchstbetrag zur Abdeckung pflegebedingter Aufwendungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe steigt von bislang 256 € auf künftig 266 €.

PFLEGESTUFEN IM DETAIL

Leistung pro Monat	Pflegestufe				Härtefall
	Stufe 0	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	
Pflegegeld	—	244 €	458 €	728 €	—
Pflegegeld bei eingeschränkter Alltagskompetenz	123 €	316 €	545 €	728 €	—
Ambulante Pflegesachleistungen	—	468 €	1.144 €	1.612 €	1.995 €
Pflegesachleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz	231 €	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
Tages- und Nachtpflege	—	468 €	1.144 €	1.612 €	—
Tages- und Nachtpflege bei eingeschränkter Alltagskompetenz	231 €	689 €	1.298 €	1.612 €	—
Vollstationäre Pflege	—	1.064 €	1.330 €	1.612 €	1.995 €

Interview mit Regierungsdirektor Ralf W. Maier, Bundesministerium für Bildung und Forschung

„Wichtig ist immer der erste Schritt“

Regierungsdirektor Ralf W. Maier ist im Bundesministerium für Bildung und Forschung seit dem Jahr 2000 in verschiedenen Positionen tätig, seit Juni 2013 ist er Leiter des Referates für die „Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen“. Er war an der Erstellung des Anerkennungsgesetzes für ausländische Berufsqualifikationen maßgeblich beteiligt, eigentlich kann man sagen: Er hat es geschrieben. Und ist nun für die Umsetzung auf Bundesebene federführend verantwortlich. Mit Regierungsdirektor Maier sprach „Monitor Pflege“ über den Status des Anerkennungsgesetzes in der Pflege.

>> Herr Maier, eines der Ziele des Anerkennungsgesetzes für ausländische Berufsqualifikationen ist die Sicherung des Fachkräftebedarfs in Deutschland, der bekanntlich im Bereich Pflege schon derzeit sehr groß ist und in Zukunft noch sehr viel größer werden wird. Welche Fortschritte hat das Anerkennungsgesetz für den Pflegebereich erreicht?

Das Anerkennungsgesetz hat insgesamt wesentliche Erleichterungen für die Anerkennung von ausländischen Berufsqualifikationen in Deutschland gebracht und diese, soweit es geht, vereinheitlicht. In den Pflegeberufen gab es natürlich schon bisher Regelungen, doch wurde hier die bisherige europäische Regelung für Abschlüsse aus Drittstaaten erweitert. Ganz wichtig ist sozusagen das Nebenprodukt des Anerkennungsgesetzes, das einen Paradigmenwechsel im gesellschaftlichen Umgang mit ausländischen Qualifikationen hervorgebracht hat.

Welche ist das?

Man betrachtet nun ausländische Qualifikationen als Potenzial und nicht mehr als unterstützensbedürftig. Das heißt, dass gerade auch in der aktuellen Diskussion, die wir tagtäglich mit Flüchtlingen erleben, den Leuten eine Chance gegeben wird, in ihrem erlernten Beruf in Deutschland arbeiten zu können.

Wie steht es um das Vorurteil, dass im Ausland schlechter ausgebildet wird, insbesondere im Pflegebereich?

Für einen umfassenden Überblick sind wir nicht die zuständige Stelle. Doch wird rückgemeldet, dass oftmals die Qualifikation gerade in den Pflegebereichen im Ausland höher ist als in Deutschland. Pflege wird in vielen Ländern akademisch ausgebildet, in Deutschland hingegen ist Pflege ein Lehrberuf. Das bringt natürlich auch das Problem mit sich, wie ausländische Fach- und Pflegekräfte in Deutschland eingesetzt werden können.

Werden sie tatsächlich in der Pflege eingesetzt? Oder können sie nicht ihren Qualifikationen angemessen eingesetzt werden?

Das ist durchaus eine offene Frage, die besonders im Pflegekontext noch diskutiert werden muss.

Um welche Pflegeberufe geht es denn im Einzelnen?

Das Anerkennungsgesetz des Bundes behandelt, wie der Name andeutet, natürlich nur Berufe im Zuständigkeitsbereich des Bundes.

Demnach werden aus den Gesundheitsberufen alle bundesrechtlich geregelten Berufe behandelt – sowohl akademische Gesundheitsberufen als auch Gesundheitsfachberufe. Das im Pflegebereich größte Interesse besteht bei der Gesundheits- und Krankenpflege.

Der Bereich der Altenpflege ist sicher ein schwieriges Thema.

Die Altenpflege hat insofern einen Sonderstatus, weil zumindest immer behauptet wird, dass die Altenpflege im Ausland nicht so ausgebildet wird wie bei uns in Deutschland, was Konsequenzen auch für die

Anerkennungsverfahren in Deutschland hat.

Fakt ist bisher, dass die zuständigen Stellen, sprich die Landesgesundheitsbehörden, oftmals die Altenpflege gar nicht als deutsche Referenzqualifikation heranziehen, um einen Abgleich der ausländischen mit der deutschen Qualifikation vorzunehmen. Ich

denke, hier gibt es sicher noch einige Handlungsbedarfe und Verbesserungspotenziale. Gerade im Bereich der Altenpflege, in der ein großer Bedarf an Fachkräften besteht, könnte dieser mit im Ausland qualifizierten Pflegerinnen bedient werden.

Das Anerkennungsgesetz gibt es seit dem 1. April 2012, das heißt: Wir haben im Prinzip zwei Jahre Erfahrung. Wie steht es mit der Umsetzung? Wie zufrieden sind Sie selbst mit dem aktuellen Stand?

Die Regelungen zur Anerkennung haben sich überwiegend gut etabliert, gerade im Bereich der Kammern und im Bereich der dualen Berufsabschlüsse. Obwohl es hier noch gar keine Anerkennungsverfahren gegeben hatte, wurden sehr schnell entsprechende Verfahren etabliert und nötige Strukturen geschaffen. Das ist äußerst positiv. Es gibt natürlich wie bei jedem neuen Gesetz Kinderkrankheiten und weitere Herausforderungen, denen man sich stellen muss.

Welche wären das?

In erster Linie geht es hier für mich um den Bereich der weiteren Vereinheitlichung der Anwendungen durch die Länder. Im föderalen System sind für die Durchführung von Bundesgesetzen nun einmal die Länder zuständig. Das bedeutet aber auch, dass gleiche Fälle in den 16 Bundesländern unterschiedlich gehandhabt werden können. Dies sollte meiner Ansicht nach weiter vereinheitlicht werden. Und auch bei der Altenpflege gibt es sicher noch einiges an Verbesserungspotenzial.

Der größte Erfolg, das sagten Sie vorhin, ist die andere Sichtweise.

Hilft das im apostrophierten Pflegenotstand wirklich?

Man muss differenzieren. Insgesamt sind die Zahlen sehr positiv. Seit Inkrafttreten des Bundesgesetzes sind immerhin über 26.000 Anträge auf Anerkennungsverfahren gestellt worden. Das ist für ein neues Gesetz schon ganz ordentlich. Man muss aber dazu sagen, dass der größte Teil der Anerkennungsverfahren bei den Ärzten und den Gesundheits- und Krankenpflegerinnen zu verzeichnen ist. In der Altenpflege hingegen sind es erst wenige.

Positiv gesagt, es gibt hier noch Spielraum nach oben.

Genau. Doch auch hier ist der Umdenkprozess eingeleitet. Wenn Sie zum Beispiel den Bereich der Ausbildungsberufe nehmen, in denen es bisher keine Verfahren gab, ist es ja auch nicht so, dass jede Beratung oder jede Information über die Möglichkeiten der Anerkennung tatsächlich zu einem Antrag führt. Doch indem diese Menschen eine Beratung erhalten und vielleicht auch Umschulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen zur Weiterqualifizierung nutzen, wird Positives erreicht, auch wenn vielleicht kein Anerkennungsverfahren ausgelöst wird.

Gibt es denn besonders gut arbeitende Bundesländer?

In der Tat ist es richtig, dass es unterschiedliche Anwendungen gibt, doch werde ich jetzt keine Rangliste der Bundesländer erstellen. Dass verschiedene Behörden in verschiedenen Bundesländern manche Sachverhalte unterschiedlich behandeln, liegt nun einmal in der Natur des Föderalismus. Es gibt zwar Regeln, die einheitlich angewendet werden müssen, aber am Ende sitzen da immer Menschen, die über Sachverhalte entscheiden, und dass diese Entscheidungen dann teilweise unterschiedlich ausfallen, ist irgendwie nachvollziehbar. Doch eigentlich sind sich alle einig, dass es gerade für die Gesundheitsberufe eine zentrale Gutachterstelle geben soll. Es liegt jetzt an den Ländern, vor allen Dingen an den Finanzministern in den Ländern, diese zentrale Stelle mit dem entsprechenden Personal und Sachmitteln auszustatten.

Das ist eigentlich schon eine Antwort auf die nächste Frage, wie man einen gemeinsamen Standard erreichen könnte.

Eigentlich sind sich politisch alle einig, dass eine derartige Stelle kommen soll. Ich hoffe auf eine sehr schnelle Entscheidung bei den Ländern.

Wird man als auf Bundesebene Verantwortlicher eigentlich depressiv, wenn man 16 Länder unter einen Hut bekommen muss?

Das ist in unserem föderalen Staat nun mal so. Aber wir haben verschiedene Mechanismen und Prozesse, um gemeinsam mit den Ländern über einheitliche Verfahren und Anwendungen zu sprechen. Und ganz spezifisch in den Gesundheitsberufen hat das Bundesgesundheitsministerium eine Verordnung erlassen, die schon zum 1. Januar 2014 in Kraft getreten ist, um in der Anwendung der Anerkennungs-



regeln zu einer weiteren Vereinheitlichung, damit zu einer bundeseinheitlichen Anwendung zu kommen. Ich bin guter Hoffnung, dass wir sukzessive immer noch mehr an Einheitlichkeit erreichen.

Werden die Interessierten typischerweise von ihren künftigen Arbeitgebern unterstützt oder machen sie das als Einzelkämpfer?

Es kommt sehr darauf an, ob die Menschen schon in Deutschland sind oder noch im Ausland leben. Es gibt durchaus Möglichkeiten, das Anerkennungsverfahren bereits aus dem Ausland zu beginnen und auch durchzuführen. Es gibt aber auch Beispiele, wo ganz gezielt Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser nach Fachkräften im Ausland suchen und das Verfahren unterstützen. Aus Spanien sind

beispielsweise solche Fälle bekannt. Wenn der Bedarf zunimmt, werden sich Arbeitgeber mehr als bisher um solche Verfahren kümmern und auch die Kosten für ein Anerkennungsverfahren übernehmen.

Damit kommen auch Konkurrenzpflegekräfte für deutsche Pflegende auf den Markt. Haben Sie, als das Gesetz entwickelt wurde, auch Widerstände aus der Pflege gespürt?

Der Pflegebereich ist hoch differenziert, was die Interessenvertretungen angeht. Aus meiner Position würde ich mir wünschen, dass die Pflege mit einer einheitlicheren Stimme sprechen würde.

So etwas wäre doch eine typische Aufgabe für eine Pflegekammer, die es aber noch nicht gibt.

Wie auch immer, müssen für alle gleiche und faire Arbeitsbedingungen existieren. Man darf die Fachkräfte, ob sie jetzt in Deutschland oder im Ausland ausgebildet sind, nicht gegeneinander ausspielen. Beides spricht sich schnell herum, wenn es darum geht, ausländische Fachkräfte anzuwerben.

Haben Menschen, die im Ausland aufgewachsen und ausgebildet worden sind, mit deutschen Patienten auch kulturelle Probleme?

Überall wo Menschen miteinander umgehen, spielen auch kulturelle Hintergründe eine Rolle. Aber auf der anderen Seite ähnelt sich der zwischenmenschliche Umgang in allen Kulturkreisen in irgendeiner Form, doch wie immer kommt es sehr auf den Einzelfall an. Und es gibt natürlich auch Fälle, in denen Pflegende aus Ländern, in denen die Ausbildung sehr akademisch ist und ohne Praxisbezug stattfindet, Berührungängste mit praktischen Pflegetätigkeiten haben, die man in Deutschland in der Ausbildung lernt. Doch all das ist bewältigbar. Wichtig ist immer der erste Schritt auf einander zu. <<

Herr Maier, vielen Dank für das Gespräch.

Mit Regierungsdirektor Ralf W. Maier sprach MoPF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhard Roski, Interviewbearbeitung durch MoPF-Chefredakteur Peter Stegmaier.



Franz Wagner MSc, RbP

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) – Bundesverband e.V., Berlin

„Pflegekammern – ein Meilenstein“

>> In Deutschland wird in wenigen Monaten die erste Pflegekammer errichtet. Der Landtag in Rheinland-Pfalz hat im Dezember 2014 den Gesetzesbeschluss zur Gründung einer Pflegekammer gefasst. Der Gründungsausschuss ist berufen und hat mit der Arbeit begonnen. Binnen eines Jahres muss nun die erste Vertreterversammlung mit Wahl eines Vorstandes stattfinden, womit die Gründungsphase abgeschlossen wird. Es werden weitere Länder folgen. In Schleswig-Holstein ist ein entsprechendes Gesetz im Landtag eingebracht worden, in Niedersachsen ist es in Vorbereitung und weitere Bundesländer diskutieren bereits. Damit ist die Gründung weiterer Pflegekammern nur eine Frage der Zeit. Laut Grundgesetz müssen Kammern für die Gesundheitsprofessionen auf Landesebene errichtet werden. Sobald mehrere Pflegekammern existieren, steht die Gründung einer Bundespflegekammer auf der Tagesordnung.

Die Errichtung von Pflegekammern wird von heftigen Diskussionen der Befürworter und Gegner begleitet. Die Gegner – vor allem Arbeitgeberorganisationen, aber leider auch ver.di – kritisieren vor allem, dass eine Pflegekammer keines der bestehenden Probleme in der Pflege lösen kann. Das ist in der Beschreibung der unmittelbaren Zuständigkeiten einer Pflegekammer nicht falsch. Allerdings wird eine Pflegekammer mittelbar erheblich Einfluss nehmen können, indem sie machtvoller die Probleme benennt und an Lösungen mitwirkt. Es ist bemerkenswert, dass gerade diejenigen, die am ehesten an der Misere der Pflegeberufe (Rahmenbedingungen und Bezahlung) etwas ändern könnten, die größten Kritiker sind.

Die Professionalisierung der Pflege in Deutschland hinkt international hinterher. Wir haben nicht einmal zuverlässige und aussagekräftige Statistiken über die Berufsgruppe. Wie sollen Ausbildungskapazitäten geplant werden, wenn niemand weiß, wie viele Pflegefachpersonen es gibt und wann wie viele voraussichtlich in Rente gehen werden? Pflegekammern werden erstmals für verlässliche und detaillierte Zahlen sorgen. Doch nicht nur im Bereich der Selbstverwaltung liegt die deutsche Pflege weit zurück. In den anderen EU-Staaten ist es fast überall Norm, die Ausbildung an einer Hochschule zu absolvieren. Österreich führt das gerade ein, womit Deutschland und Luxemburg zum Schlusslicht Europas werden. Obwohl Deutschland mit massivem Druck erreicht hat, dass es bei den Zugangsvoraussetzungen für die Pflege in der Berufsanerkennungsrichtlinie (2013/55/EU) eine Sonderregelung für Deutschland gibt (weiterhin zehn Jahre Allgemeinbildung) und das mit der guten Ausbildung in Deutschland begründet wurde, hat das Bundesbildungsministerium vor wenigen Monaten die Gesundheits- und Krankenpflege im Deutschen Qualifikationsrahmen auf Niveau 4 eingestuft – im Rest der EU findet sich die Pflege auf Niveau 6. Frei nach dem Motto: „Was schert mich mein Geschwätz von gestern!“ enthüllt hier die Regierung die Fadenscheinigkeit der eigenen Argumentation.

Auch im Bereich von beruflicher Autonomie haben wir Nachholbedarf. Die Kompetenzen der Pflegefachpersonen werden in Deutschland bei weitem nicht voll genutzt. Es gibt zu große Angst, Pflegefachpersonen könnten etwas vom großen Kuchen Gesundheitsetat abhaben wollen.

Grundproblem der beruflichen Pflege in Deutschland ist, dass die Gesellschaft (und damit die Politik) bis heute überwiegend nicht verstanden hat, welche Ressource hier vorhanden ist. Pflege wird im Kern als körpernahe Verrichtung bei Pflegebedürftigkeit oder arztnahe Assistenz bei Krankheit gesehen. Eigenständige Konzepte, eigene wissenschaftliche Erkenntnisse werden nicht wahrgenommen. Die Betroffenen erleben eine Pflege, die im Rahmen der gesetzlichen und ökonomischen Vorgaben häufig nur Mangelversorgung leisten kann. Dieser Mangel wird als Normalität interpretiert. So ist zum Beispiel die miserable Personalausstattung in der Krankenhauspflege ein Kollateralschaden einer Gesundheitspolitik, die sich nicht traut, die zu hohe Betten- und Krankenhauskapazität in Deutschland aktiv zu korrigieren. Es wird ökonomischer Druck ausgeübt in der Erwartung, dass nur die leistungsstärksten Krankenhäuser überleben werden. Die Reaktion sind massive Einsparungen in den Häusern – überwiegend im Pflegebereich. Die Belege für die dadurch bewirkte Unterversorgung bis hin zur Patientengefährdung sind vielfach. Das Pflege thermometer des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (dip) 2014 zur Versorgung demenzkranker Patienten im Krankenhaus ist eine Bankrotterklärung. Der Aufschrei von Krankenhausträgern oder Politik ist jedoch ausgeblieben.

Doch auch die Berufsgruppe selbst hat ihren Anteil an der Misere. Zu geduldig, zu wenig politisch interessiert und inaktiv, teilweise zu wenig gebildet wehren sich die Pflegefachpersonen kaum. Sie resignieren, reduzieren die Wochenarbeitszeit, um die Belastung auszuhalten, oder verlassen den Beruf ganz. Die Motivation zur Berufswahl und die berufliche Sozialisation stützen nach wie vor eher eine Haltung des Erduldens und der Unabänderlichkeit von Rahmenbedingungen und Strukturen. Zwar gibt es Grassroot-Bewegungen wie „Pflege liegt am Boden“ oder „Pflege steht auf“. Doch auch diese haben es nicht geschafft, nachhaltig zu mobilisieren oder Veränderung zu bewirken – auch wenn sich der eine oder andere Politiker mal kurz dazu gelegt hat.

Derzeit sehe ich zwei mögliche Szenarien für eine Verbesserung der Lage:

1. Die Betroffenen (Patienten, Bewohner, Klienten) fangen endlich an, sich massiv gegen die bestehende Unter- und Fehlversorgung zu wehren. Angesichts der demographischen Trends ist es mittelfristig nicht mal auszuschließen, dass die älteren, (potenziell) pflegebedürftigen und kranken Bürgerinnen und Bürger eine Protestpartei gründen. Und der Anteil der Älteren unter den Wahlberechtigten steigt von Jahr zu Jahr!
2. Die Pflegekammern werden als Stimme der Profession Pflege so mächtig, dass sie die Öffentlichkeit mobilisieren und politisch Einfluss nehmen können. Das ist die große Chance, die in der Gründung von Pflegekammern liegt.

Insofern sind die Pflegekammern tatsächlich ein Meilenstein für die Professionalisierung der Pflege und die Verbesserung der Rahmenbedingungen pflegerischer Arbeit. <<



Univ.-Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik

Fakultät für Gesundheit (Department für Pflegewissenschaft), von 2001 bis 2013 Lehrstuhlinhaberin für Epidemiologie-Pflegewissenschaft an der Universität Witten Herdecke

„Es geht um ethische, humanitäre Prioritäten“

>> Die Einführung einer neuen Zeitschrift, die „Pflege“ im Titel trägt und den Anspruch damit verbindet, als ein beobachtender Monitor zu fungieren, lädt zu einigen Thesen zur heutigen Situation der Pflege und der Pflegeberufe in Deutschland ein.

Positives soll zuerst genannt sein: Im Pflegebildungsbereich haben wir eine atemberaubende Entwicklung seit fast 25 Jahren zu beobachten. Befruchtet auch durch ehemalige DDR-Studiengänge gibt es derzeit ca. 100 Studiengänge, die Pflege zum Gegenstand haben. Die meisten finden sich an (Fach-)Hochschulen, sehr viele bilden für das Pflegemanagement aus, manche für die Lehre und relativ wenige vermitteln Forschungskompetenzen als Voraussetzung zur Weiterentwicklung der Pflegewissenschaft. Zunehmend gibt es Studiengänge als Erstausbildung in der Pflege, die nach unterschiedlichen Modellen eng mit der Praxis verflochten sind.

Gleichzeitig wurde die Pflege aus dem Versorgungssektor Krankenhaus verdrängt, das DRG-System erklärte sie im Wesentlichen zu einem Kostenfaktor, Pflege als Beitrag zur Gesundheitsversorgung im Krankenhaus scheint nicht (erlös-)relevant zu sein, also auch nichts Relevantes für die gesundheitliche Situation der Patienten beitragen zu können. Konsequenterweise wurden Arztstellen aus- und Pflegestellen drastisch abgebaut. Für eine Arztstelle müssen aus Kostengründen mehrere Pflegestellen eingespart werden. Der große Protest gegen diese Zustände führte zur Aufnahme der PKMS (Pflegekomplexmaßnahmenscores) in das DRG-System, die zumindest zeigen, dass im Krankenhaus außer Arztassistenz auch aufwendige Pflegemaßnahmen erforderlich sind.

Dies berührt aber nur einen kleinen Teil der notwendigen pflegerischen Versorgung, die stark rationiert wurde: Pflegeaufgaben im Krankenhaus werden unterlassen und zwar gerade die, die bei einer kurzen Verweildauer besonders wichtig sind, wie Patientenedukation, beratende Vorbereitung für die Nachsorge, Förderung der Selbstpflegefähigkeit und Prophylaxen.

Dabei kommen Patienten vor allem deswegen ins Krankenhaus, weil sie Pflege brauchen, ärztliche Maßnahmen ohne Pflegeerefordernisse könnten auch ambulant durchgeführt werden. Eine europäische Studie aus dem vergangenen Jahr hat darüber hinaus gezeigt, wie eng die Pflegepersonalausstattung und vor allem die Qualifikation Pflegenden mit der Mortalität von Krankenhauspatienten zusammenhängt (Aiken et al. 2014). Beschämend ist, dass in diese Studie aus neun europäischen Ländern trotz der Mitarbeit deutscher Kollegen keine Daten aus Deutschland eingingen, weil sie nicht zu erhalten waren. Seit vielen Jahren schon werden derartige Studien auch für Deutschland gefordert.

Die pflegefeindliche Situation im Krankenhaus wäre zu Teilen zu kompensieren, wenn die außerstationäre Versorgung sehr gut wäre, eine Anforderung, die mit der Reduktion der Verweildauer im Krankenhaus ohnehin immer wichtiger wird. Die ambulante Pflege wurde leider lange nur gleichgesetzt mit einer Unterstützung pflegender Angehöriger von vornehmlich alten Menschen, also: Die wesentliche Pflege kann eigentlich von Laien durchgeführt werden. Diese Auffassung hat sich auch in der Pflegeversicherung niedergeschlagen und damit im

Einsatz von großen Teilen an Hilfspersonal außerhalb der Krankenhäuser.

Hinderlich in der ambulanten Versorgung ist die Fragmentierung der Angebote, die eher professions- als nutzerbezogen sind, wo Pflegedienste sich eine Verordnung der niedergelassenen Arztes besorgen müssen oder auf die Begutachtung durch den MDK angewiesen sind. Pflegenden wird keinerlei professionelle Entscheidungsfähigkeit zugebraut. Dazu passt auch die Diskussion um die Pflegebildung: Deutschland ist nach wie vor fast das einzige Land in Europa, das eine 12-jährige Schulbildung als Voraussetzung für eine Pflegebildung abgelehnt hat. Wenn hinter dieser Ablehnung vor allem ein großer Anbieter von Pflegediensten steht, ist der Verdacht, dass Vergütungsfragen hier eine Rolle spielen, durchaus naheliegend.

Statt Angebotsstrukturen zu vermindern, werden sie erweitert durch sogenannte „Gemeindeschwestern“ als verlängerter Arm des Hausarztes, statt hier mit Pflegediensten zu kooperieren. Gesundheitszentren, in denen verschiedene Professionen eigenverantwortlich und dennoch zusammenarbeiten, kann man mit der Lupe suchen. Pflegestützpunkte als Beratungsdienste sind gut gemeint, zielen letztlich aber doch wieder nur auf die Langzeitversorgung. Prävention oder umfassende Unterstützung bei der Bewältigung von Krankheiten kommen viel zu kurz.

Eine der großen praxisorientierten Erfolgsgeschichten aus der Pflegewissenschaft der letzten 15 Jahre sind die Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Sie sind deswegen so zu bezeichnen, weil sie, basiert auf erforschtem Wissen und angepasst an die Praxis durch Expertenmitarbeit, verbreitete Aufgaben professioneller Pflege inhaltlich in einem professionellen Qualitätsniveau beschreiben und Schnittstellen definieren. Endlich ist hier die genuine Eigenverantwortung für Pflegefachpersonen festgehalten, die mit dem gegenwärtigen Stand des Wissens rechtsverbindlich ist. Angesichts dieser Errungenschaften irritiert es sehr, wenn insbesondere aus der Altenpflege einzelne Rückmeldungen kommen, diese Standards würden die Praktiker völlig überfordern, seien nicht umzusetzen, weil die Ansprüche zu hoch seien. Gleichzeitig wurde vor allem die stationäre Altenpflege in der Öffentlichkeit als die Hölle auf Erden für die Bewohner dargestellt, weil diese so sehr vernachlässigt würden und gesundheitliche Schäden entstünden.

Dem steht gegenüber, dass immer wieder darum gerungen werden muss, dass mindestens 50 Prozent des Personals in der Altenpflege qualifiziert sein soll, dass nicht jeder Arbeitslose den Personalmangel in der Altenpflege kompensieren kann. Altenpflege ist kein „Haldenberuf“, auf dem Leute – Frauen vor allem – abgeladen werden können, die in anderen Bereichen kaum Chancen haben. Hier scheint sich eine Abwärtsspirale aufzutun, bei der schlechte Arbeitsbedingungen, Geringfügigkeit der Pflegebildung diejenigen aus der Altenpflege vertreibt, die höhere Ansprüche haben. Damit ist die Altenpflege nicht zu retten.

Natürlich kostet gute Pflege Geld. Es geht um ethische, humanitäre Prioritäten bei politischen Entscheidungen, die diskutiert werden müssen. <<

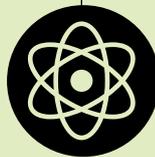


Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

14. Kongress | 07. - 09.10.2015 | Urania - Berlin

Systeminnovationen für eine bessere Gesundheit!?

Wissenschaft / Forschung



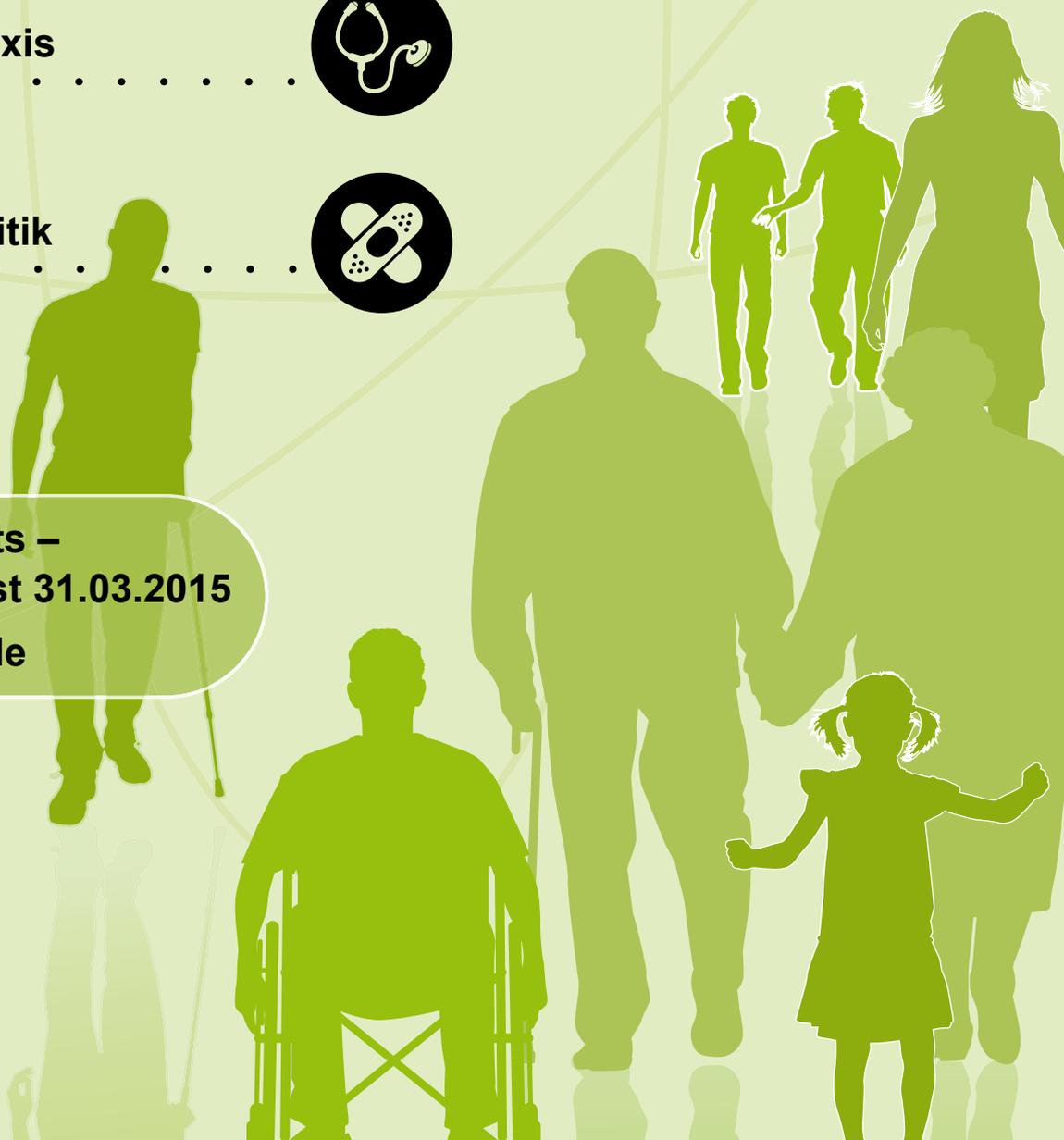
Versorgungspraxis



Gesundheitspolitik



**Call for Abstracts –
Einreichungsfrist 31.03.2015**
www.dkvf2015.de



Dr. Grit Braeseke

Europäische Karriereoptionen für Gesundheits- und Pflegeassistenten

Weltweit stehen die Gesundheitssysteme vor großen Herausforderungen. Der Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen steigt im Zusammenhang mit demografischen, epidemiologischen, kulturellen und sozialen Veränderungen und insbesondere im Zuge der Alterung der Gesellschaften. Der medizinisch-technische Fortschritt und steigende Erwartungen der Konsumenten sind weitere Faktoren, die die Nachfrage erhöhen. Die steigenden Anforderungen an die Gesundheitsversorgung verdeutlichen die Notwendigkeit gut ausgebildeten und flexibel einsetzbaren Gesundheitspersonals. Dieses wiederum unterliegt ebenfalls verschiedenen Einflüssen – zu nennen sind hier vor allem die Alterung der Belegschaften, der steigende Frauenanteil in medizinischen Berufen (Feminisierung) und veränderte Lebensentwürfe der jüngeren Generationen (Work-Life-Balance). Hinzu kommt der steigende Wettbewerb mit anderen Wirtschaftszweigen um Nachwuchskräfte und eine Zunahme der beruflichen Mobilität (Migration).

>> Die Gesundheitsversorgung ist ein sehr personalintensiver Bereich. EU-weit sind dort rund 10 % aller Erwerbstätigen beschäftigt und rund 70 Prozent der Gesundheitsausgaben entfallen auf Löhne und Gehälter. Angesichts der beschriebenen Herausforderungen bei gleichzeitigem Rückgang der Bevölkerung in Europa ist es kaum verwunderlich, dass bereits heute Engpässe in Gesundheitsberufen zu verzeichnen sind. Die Europäische Kommission schätzt, dass im Jahr 2020 rund eine Million Gesundheitsfachkräfte (einbezogen sind hier Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Physiotherapeuten und Pflegefachpersonal) in Europa fehlen werden. Das bedeutet, dass rund 15 Prozent der Personalnachfrage nicht gedeckt werden können (Matrix Insight 2012:12). Da die Pflegeberufe die zahlenmäßig größte Gruppe innerhalb der Gesundheitsberufe darstellen, wird auch für diesen Bereich mit 590.000 Personen der größte Engpass vorausgesagt (Matrix Insight 2012:13).

Nicht nur in Europa, sondern weltweit fehlt gut ausgebildetes Gesundheitsfachpersonal. Die WHO geht davon aus, dass bereits heute 7,2 Millionen Gesundheitsfachkräfte fehlen – davon 3,4 Millionen in Südostasien und 1,8 Millionen in Afrika. Allein aufgrund des Bevölkerungswachstums wird dieses Defizit bis 2035 auf mindestens 12,9 Millionen Fachkräfte anwachsen (WHO 2014: 36). Um zu verhindern, dass die Fachkräftemigration mit (weiteren) negativen Folgen für die schon unterversorgten Entwicklungsländer einhergeht, haben sich die 193 Mitgliedstaaten der WHO 2010 auf die Einhaltung ethischer Grundsätze bei der internationalen Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften verständigt (WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel). Der Code besagt im Wesentlichen, dass bei der Rekrutierung ausländischer Gesundheitsfachkräfte die Folgen für die Gesundheitssysteme des Herkunftslandes zu berücksichtigen sind und durch geeignete, flän-

Zusammenfassung

Ein Netzwerk von Pflegeexperten aus 15 europäischen Ländern hat Vorschläge zur Entwicklung eines Rahmenkonzeptes zur Ausbildung und Beschäftigung von Gesundheits- und PflegeassistentInnen (Healthcare Assistants) erarbeitet. Ausgangspunkt des dreijährigen Projektes, in dem die contec GmbH, Bochum, mit weiteren Fachleuten aus vier EU-Ländern aus der Gesundheits- und Pflegebranche zusammengearbeitet hat, war der Aufbau eines Netzwerkes aus Pflegeexperten aus insgesamt 15 EU-Mitgliedstaaten. Auf der Basis einer vergleichenden Übersicht zum Berufsbild Gesundheits- und Pflegeassistenten, die neben der Ausbildung auch die möglichen Einsatzbereiche in der Praxis sowie die Aussichten auf dem nationalen Arbeitsmarkt der einzelnen EU-Länder berücksichtigt, erarbeiteten die rund 25 PflegeexpertInnen Vorschläge für ein Ausbildungskonzept und die Gestaltung beruflicher Rahmenbedingungen, auch mit Blick auf die berufliche Mobilität.

Schlüsselwörter

Pflegeausbildung, Gesundheits- und Pflegeassistenten, Ausbildungskonzept, EU-Berufserichtlinie, berufliche Mobilität, Pflegepersonal, Europäischer Qualifikationsrahmen (EQF)

kerende entwicklungspolitische Maßnahmen negative Auswirkungen minimiert werden sollen. Weiterhin sind alle Länder aufgerufen, aus eigener Kraft ausreichend Gesundheitspersonal zu qualifizieren und mittels attraktiver Arbeitsbedingungen im Land zu binden, um so den Bedarf an im Ausland ausgebildeten Fachkräften zu reduzieren.

Der letztgenannte Aspekt – die Entwicklung eines fachlich ausgewogenen Expertenpools zur nachhaltigen Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung – war handlungsleitend für das Grünbuch der Kommission über Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa (2008), das wiederum die Grundlage des im Folgenden vorgestellten Forschungsprojektes der EU-Kommission zu „Healthcare Assistants“ (Gesundheits- und Pflegeassistenten) darstellte. Aufgrund des hohen Pflegepersonalbedarfs innerhalb vieler EU-Mitgliedsstaaten wird diese Berufsgruppe nach Auffassung der EU-Kommission zukünftig vermehrt zum Einsatz kommen und Aufgabengebiete übernehmen müssen, die einer entsprechenden und vor allem mit den anderen Pflege(fach)berufen abgestimmten Qualifikation bedürfen.

EU-Projekt zu Healthcare Assistants

Das Projekt „Aufbau und Koordinierung eines europäischen Pflegeexpertennetzwerkes zur Ausbildung und Beschäftigung von Healthcare Assistants“ (SANCO/1/2009) zielte darauf ab, Aspekte der Ausbildung und des Einsatzes von Assistenzberufen in Gesundheit und Pflege im europäischen Vergleich genauer zu beleuchten. Es wurde von der contec GmbH (Bochum) zusammen mit Partnern aus Finnland, Deutschland, Polen und dem Vereinigten Königreich durchgeführt (12 / 2010 bis 12 / 2013).

Aufgabe des Projektes war zunächst der Aufbau eines europaweiten Expertennetzwerkes aus Vertretern der Pflegebildung und des Pflegemanagements einerseits und der (staatlichen) Regulierungsinstitutionen für diese Berufsgruppe andererseits. Die nachfolgenden 15 Länder (14 EU-Mitgliedstaaten und die Schweiz) konnten zur Teilnahme am Projekt gewonnen werden. Diese repräsentieren zusammen rund 70 Prozent der EU-Bevölkerung (vgl. Tab. und Abb. 1).

Definition der Zielgruppe und Projektinhalte

Die größte Hürde zu Beginn des länderübergreifenden Projektes war die Schaffung eines einheitlichen Verständnisses und die Abgrenzung des Untersuchungsgegenstandes. Es stellte sich heraus, dass in den

einzelnen Ländern zunächst ganz unterschiedliche Berufsbilder und Tätigkeiten unter der englischen Bezeichnung Healthcare Assistant subsumiert wurden und es daher einer eindeutigen sachlichen Abgrenzung bedurfte.

Die Mitglieder des Netzwerkes einigten sich auf folgende Definition der Berufsgruppe:

Die Zielgruppe des Projektes umfasst Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind, pflegerische Aufgaben übernehmen und eine Qualifikation unterhalb der Gesundheits- und Krankenpflege gemäß der EU-Richtlinie 2005/36/EU (jetzt 2013/55/EU)¹ haben. Ferner gehören sie zu den Mitarbeitenden, die unter der Aufsicht von Fachkräften arbeiten. Der englische Terminus, der diese Berufsgruppe am angemessensten beschreibt, ist: "Healthcare Assistant (HCA)".

In Deutschland gehören dazu die in der Regel einjährig ausgebildeten Gesundheits- und Krankenpflege- und die Altenpflegehelferinnen.

Für die jeweils relevanten Be-

Teilnehmende Länder und deren Bevölkerung

Land	Bevölkerung
Belgien	11.161.642
Bulgarien	7.284.552
Dänemark	5.602.628
Deutschland	80.523.746
Finnland	5.426.674
Irland	4.591.087
Italien	59.685.227
Niederlande	16.779.575
Polen	38.533.299
Slowenien	2.058.821
Spanien	46.704.308
Tschechische Republik	10.516.125
Vereinigtes Königreich	63.896.071
Österreich	8.451.860
Summe	361.215.615
EU 28 Bevölkerung	505.701.172
Schweiz	8.039.060



Tab./Abb. 1: Teilnehmende Länder und deren Bevölkerung (EUROSTAT).

rufgruppen eines Landes wurden anschließend grundlegende Daten zur Ausbildung und Beschäftigung erhoben und in sogenannten Länderprofilen (Online-Datenbank) gesammelt (Abb. 2).

Nach der Erhebung des Status

quo in den Mitgliedstaaten erfolgte eine Sammlung und Auswertung von Best-practice-Beispielen zur Aus- und Weiterbildung bzw. zur Beschäftigung von Healthcare Assistants. Diese bildete dann schlussendlich die Grundlage für die Erarbeitung von normativen Empfehlungen für die künftige Gestaltung der Ausbildung von HCA und deren Tätigkeit in Zusammenarbeit mit den anderen Pflege(fach)berufen.

Empfehlungen eines Rahmenkonzepts zur Ausbildung und Beschäftigung von HCA

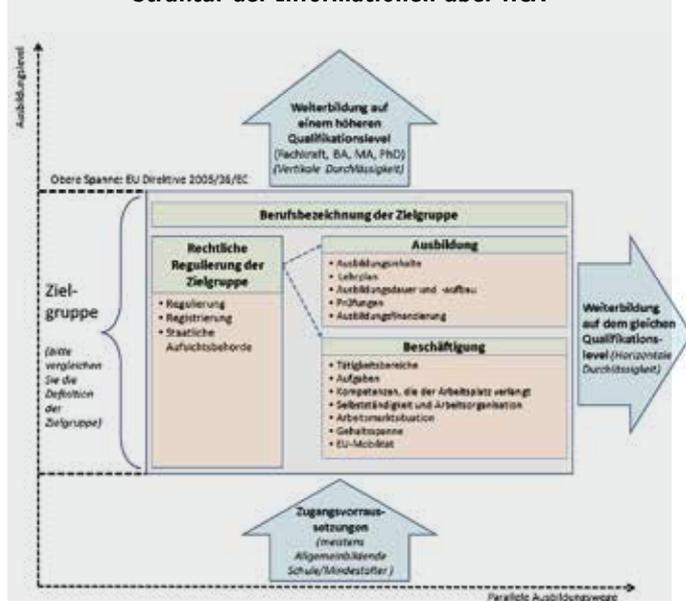
Ziel des Rahmenkonzeptes zur Ausbildung und Beschäftigung von HCA ist die Sicherstellung einer hohen Qualität der Pflege, der Patientensicherheit und des Verbraucherschutzes. Vor allem angesichts der demografischen Entwicklung in Europa und des steigenden Fachkräftebedarfs können HCA einen wertvollen Beitrag zum sogenannten „Skill Mix“ in verschiedenen (gesundheits)pflegerischen Bereichen leisten. Allerdings ist eine klare Rollendefinition innerhalb von Arbeitskollektiven notwendig, um die Vorteile von „Teamwork“ zum Tragen zu bringen und eine adäquate Ausbildung gestalten zu können.

Für das Rahmenkonzept wurden 9 Charakterisierungsmerkmale ausgewählt:

1. Struktur der Ausbildung
2. Lehrplan (Curriculum)
3. Methoden des Assessments (Prüfungen)
4. Zugangsvoraussetzungen und Aufstiegschancen (Durchlässigkeit in weiterführende Ausbildungen)
5. Registrierung
6. Kompetenzen
7. Verhältnis zu/Zusammenarbeit mit examinierten Fachkräften
8. Berufliche Mobilität innerhalb der EU
9. Unterstützung informell Pflegenden

Im Folgenden werden die Empfehlungen in gekürzter Form wiedergegeben.

Struktur der Informationen über HCA



Tab./Abb. 2: Die Struktur der Informationen über HCA in der Datenbank (www.hca-network.eu)

¹ Die Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegerin, die für die generelle Pflege verantwortlich sind, sollte mindestens 3 Jahre oder 4.600 Stunden theoretischer und praktischer Ausbildung umfassen.“ Art. 31, 3. Directive 2005/36/EU

Die Struktur der Ausbildung

A. Definition

Die Struktur der Ausbildung umfasst Aspekte wie Ausbildungsdauer, anerkannte Ausbildungsinstitute, Wahlmöglichkeiten innerhalb des Ausbildungsprozesses, Teilzeit-Option, Theorie/Praxis-Verhältnis, Wahlmodule und den Einsatz von IT und E-Learning.

B. Empfehlungen

- Die HCA-Ausbildung sollte nach erfolgreicher Vollendung der nationalen allgemeinen Schulpflicht beginnen.
- Die Ausbildung sollte an einer staatlich akkreditierten Berufsfachschule mit gesundheitlichem Schwerpunkt stattfinden und durch praktische Erfahrungen unterstützt werden. Die Ausbildungsdauer sollte bei zwei bis drei Jahren Vollzeit liegen, dies entspricht dem EQR-Level 4.
- Die Ausbildung sollte sowohl theoretische als auch praktische und kombinierte Module enthalten.
- Die Ausbildung sollte zu mindestens 50 % in der Praxis stattfinden. Diese kann in Krankenhäusern, Kindergärten, Altenpflegeheimen, Gesundheitszentren, bei Dienstleistern für Haushalts-Hilfe oder in Einrichtungen für Personen mit (Lern-)Behinderungen erfolgen.
- Eine Teilzeit-Ausbildung oder eine Ausbildung in Verbindung mit einem Arbeitsvertrag im Gesundheits- oder Sozialwesen sollten ebenfalls möglich sein. In diesem Fall erhöht sich die Ausbildungsdauer, je nach Verhältnis der Arbeits- und Ausbildungszeiten.
- Wahlmodule können Teil der verpflichtenden Ausbildungsinhalte und der Weiterbildung sein. Wahlmodule, die den Lernenden angeboten werden, könnten sein: Notfallpflege, Kinder- und Jugendpflege, Erwachsenenpflege, Zahn- und Mundpflege, Behindertenpflege, Altenpflege, Rehabilitation und Substanzmissbrauch.
- Die erfolgreiche Vollendung der HCA-Ausbildung sollte zu einem anerkannten Zertifikat oder einer Berufslizenz führen.
- Während der HCA-Ausbildung sollte E-Learning eine wichtige Rolle einnehmen. Jeder Lernende sollte die Möglichkeit haben, auf elektronische Lernformate zugreifen zu können – zusätzlich oder teilweise auch an Stelle der Teilnahme an Kursen der Berufsfachschule. Die Nutzung von IT, zum Beispiel zu Planungs- und Dokumentationszwecken, sollte ebenfalls Teil der Ausbildung sein.

Lehrplan (Curriculum)

A. Definition

Der Begriff „Lehrplan“ beschreibt ein Dokument, das die gewünschten Lernergebnisse definiert. Im Rahmen einer Ausbildung können mit Hilfe eines Lehrplans die Planung und Durchführung des Lernstoffes abgebildet und so eine eigene Interpretation des Lernstoffes vermieden werden. Lernergebnisse sind messbar, können geprüft werden und sind mit anderen Einrichtungen und/oder innerhalb des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) vergleichbar.

B. Empfehlungen

- Das Rahmenkonzept, innerhalb dessen der Lehrplan entwickelt wird, sollte den nationalen und/oder gesetzlichen Anforderungen des jeweiligen Landes entsprechen. Er sollte außerdem erprobte und bewährte Best-Practice Beispiele berücksichtigen.
- Die Entwicklung des Lehrplans sollte in der Verantwortung von Lehrenden mit fachspezifischen Kompetenzen liegen (Pflege, Pädagogik).
- Die jeweiligen theoretischen und praktischen Module sollten haupt-

sächlich pflegebezogene Inhalte enthalten sowie Theorie und Praxis verbinden.

- Der Lehrplan sollte auf die Vermittlung von Wissen, den Erwerb von Kompetenzen und Fähigkeiten ausgerichtet sein. Es sollten spezifische Kompetenzen erlangt werden, die die Zielgruppe befähigen, berufliche Situationen effektiv zu bewältigen.
- Der Lehrplan definiert die Verpflichtungen und Rechenschaftspflichten der HCA und zeigt eine klare Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen der Pflege (Fachkräfte) auf.
- Der Lehrplan definiert Lernziele, die bewertet werden können. Das tägliche Berufsleben von HCA sowie komplexe berufliche Situationen werden in kommunikativem, affektivem und psychomotorischem Kompetenz-Training abgebildet.
- Ein kontinuierliches Qualitätsmanagement-System sollte in den Lehrplan integriert werden. Spezifische Qualitätsmerkmale und Evaluationsmaßnahmen sollten definiert werden.
- Der Lehrplan sollte zeigen, dass derzeitige und künftige Anforderungen an den Beruf berücksichtigt wurden.

Assessment- bzw. Prüfungsmethoden

A. Definition

Das Ergebnis der HCA-Ausbildung kann durch verschiedene Arten von Prüfungen und Assessments gemessen werden. Eine Prüfung/Examen beschreibt dabei einen Test, der schriftliche und/oder mündliche Elemente mit dem Ziel enthalten kann, das erworbene Wissen zu überprüfen. Ein Assessment kann erworbene praktische Fähigkeiten prüfen und/oder den Fortschritt der Lernenden über eine gewisse Zeitspanne bewerten. Innerhalb Europas gibt es verschiedene Ansätze, die genutzt werden, um die Berufseignung von HCA festzustellen. Diese Ansätze reichen von lokalen über extern durchgeführte und validierte Examen bis hin zu national organisierten und anerkannten Examen und Assessments.

B. Empfehlungen

- Aufgrund der Bandbreite an theoretisch und praktisch erlangtem Wissen können HCA unterschiedliche Aufgabengebiete abdecken, die nicht nur kranke und hilfebedürftige Personen, sondern auch Pflegepersonal und Angehörige einbeziehen.
- Es sollte Prüfungen und Assessments für HCA geben, die auf nationalen Standards basieren. Beispiele für solche Assessments umfassen mit Blick auf die Vorgaben der EU Kommission „Commission Key Competences in Education and Training“ z. B. standardisierte Tests mit Fragen, die auf spezifische Kernkompetenzen abzielen, einstellungsbezogene Fragebögen oder leistungsbezogene Assessments – optional in Kombination mit standardisierten Tests oder (Beobachtungs-)Assessments (Europäische Kommission 2012: 22).
- Die Prüfung sollte aus einem praktischen und einem theoretischen – mündlichen und schriftlichen – Teil bestehen.
- Jede Stufe des Lernprozesses sollte kontinuierlich überprüft werden.
- Das Weiterkommen innerhalb der HCA-Ausbildung sollte vom Bestehen eines jeden Moduls/jeder Stufe innerhalb des Lehrplans abhängig sein.
- Es sollte einen Zertifizierungsprozess geben.

Zugang, Entwicklung und Aufstiegschancen (Durchlässigkeit)

A. Definition

Das Konzept der Durchlässigkeit entstammt europäischen Bildungs-

aktivitäten (Bologna- und Kopenhagen-Prozess) mit dem Ziel, u. a. die internationale Mobilität und die Beschäftigungsfähigkeit zu fördern. Das Konzept der Durchlässigkeit verfolgt das Ziel, vergleichbare Ausbildungsmodi, Ausbildungslängen sowie gegenseitig vergleichbare Qualifikationen im Rahmen des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) (European Parliament Council 2008) zu erreichen. Ferner sollen Weiterentwicklungspfade – wie beispielsweise von HCA zu Fachkräften oder anderen Gesundheitsberufen – angeboten werden. Weiteres Ziel der Durchlässigkeit ist es, formell im Rahmen des Bildungsabschlusses Kompetenzen zu erwerben – dies kann auch die Aneignung und Anerkennung von Kompetenzen über die eigene Lebens- und Arbeitserfahrung und andere informelle Lernmöglichkeiten umfassen. Festgelegte und transparente Anerkennungsprozesse wie beispielsweise die Accreditation of Prior Learning (APL) und die Accreditation of Experiential Learning (APEL) werden dabei vorausgesetzt.

B. Empfehlungen

Vor Beginn der HCA-Ausbildung sollten bereits formell und informell erworbene Kenntnisse im Rahmen einer Kompetenzfeststellung verkürzend auf die Ausbildungszeit angerechnet werden können. Das so definierte Verständnis von Durchlässigkeit kann für den Zugang in die HCA-Ausbildung und für die Weiterqualifizierung nach der HCA-Ausbildung von Nutzen sein. Primär steht jede Qualifikation mit ihrem Abschluss zunächst für sich. Darüber hinaus eröffnen sich so aber Wege innerhalb des Weiterbildungsprozesses und des lebenslangen Lernens. Der Abschluss der HCA-Ausbildung sollte zu einer anerkannten Qualifikation führen, die zu einer späteren Zulassung für eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin gemäß der EU-Richtlinie 2013/55/EU (früher 2005/36/EG) beitragen kann. Solche Zugangswege sind in einigen Ländern bereits eingeführt und werden später beschrieben.

Registrierung

A. Definition

Die Registrierung ist ein formalrechtlicher Prozess, durchgeführt von einer öffentlichen Behörde oder einem professionellen Gremium (Pflege, Sozialarbeit, Physiotherapie, Hebammen etc.). Ohne eine erfolgreiche Vollendung der HCA-Ausbildung ist eine Registrierung nicht möglich.

B. Empfehlungen

Es wird empfohlen, dass die HCA-Registrierung durch eine Instanz der Selbstverwaltung der Berufsgruppe oder durch eine staatliche Behörde erfolgen sollte. Die Registrierung sollte mit der Auflage verbunden sein, dass eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung im weiteren Berufsleben erfolgt.

Kompetenzen

A. Definition

Der Begriff „Kompetenzen“ beschreibt eine dynamische Kombination aus kognitiven und meta-kognitiven Fähigkeiten, Wissen und Verständnis, zwischenmenschlichen, intellektuellen und praktischen Fähigkeiten. Die Förderung dieser Kompetenzen ist das Ziel aller Ausbildungsprogramme. Kompetenzen werden in den verschiedenen Kursmodellen vermittelt und in verschiedenen Phasen der Ausbildung geprüft. Einige Kompetenzen sind fachspezifisch (je nach Ausbildungsrichtung), andere sind allgemeiner Natur (und für jeden Kurs gültig). In der Regel verläuft die Entwicklung der Kompetenzen im Laufe der Ausbildung integriert und zyklisch.

B. Empfehlungen und Begründung für die Empfehlungen

Die HCA Ausbildung sollte kompetenzbasiert aufgebaut sein und somit die Gesundheits- und PflegeassistentInnen darauf vorbereiten, die künftigen Arbeitsanforderungen zu bewältigen. Die entsprechenden Grundsätze müssen durch Lehrer, Fachkräfte und Arbeitgeber entwickelt werden. Kompetenzen können gemessen und evaluiert werden, sind übertragbar und eignen sich, um die gewünschten Arbeitsumgebungen für HCA zu schaffen.

Der Europäische Qualifikationsrahmen (EQR) hat zum Ziel, die Qualifikations-/Ausbildungssysteme verschiedener Länder zu einem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen zu verknüpfen. Derzeit wird zwischen 8 Referenz-Level unterschieden, die beschreiben, was der Lernende weiß, versteht und in der Lage ist zu tun – „Lernziele“. Gegenwärtig finden sich in den unterschiedlichen EU-Ländern im Rahmen der HCA-Ausbildung große Unterschiede in der Einstufung dieser Lernziele. Künftig sollten die Gesundheits- und PflegeassistentInnen in allen EU-Mitgliedsstaaten auf dem Level 4 EQR eingestuft werden. Dies würde die Mobilität der Beschäftigten und der SchülerInnen innerhalb Europas fördern. Eine generalistische HCA-Ausbildung (s. Empfehlungen zum Punkt „Lehrplan“) muss die erforderlichen Kompetenzen vermitteln, um das Pflegepersonal von PatientInnen unterschiedlicher Zielgruppen und Settings unterstützen zu können. Die Fähigkeit, mit verschiedenen Berufsgruppen arbeiten zu können, ist notwendiges Ziel der Ausbildung. Dabei ist es hilfreich, die angestrebten Kompetenzen für die HCA-Ausbildung in Kompetenzbereiche zu unterteilen. Somit werden die Kompetenzen der HCA nicht nur auf Fertigkeiten beschränkt, sondern auch wichtige und prägnante fachliche Fähigkeiten in den Blick genommen.

Fachliche Kompetenz

Übergreifend zählen hierzu alle Einsichten, Fertigkeiten und Fähigkeiten, die erforderlich sind, um Pflegekonzepte so anzuwenden, dass

Literatur

- Europäische Kommission (2012): Commission Staff Working Document: Assessment of Key Competences in initial education and training: Policy Guidance, Accompanying the document – Communication from the Commission – Rethinking Education: Investing in skills for better socio-economic outcomes. In: http://ec.europa.eu/education/policy/school/doc/keyreview_en.pdf (abgerufen am 13.01.2015)
- European Parliament Council (2008): Recommendations of the European Parliament and of the Council on the establishment of the European Qualifications Framework for lifelong learning. In: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=oj:c:2008:111:0001:0007:en:pdf> (abgerufen am 08.01.2015)
- EUROSTAT <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=de&pcode=tps00001&plugin=1> (zugegriffen am 08.01.2015)
- Matrix Insight (2012): Feasibility Study on EU Level collaboration on forecasting health workforce needs, workforce planning and health workforce trends. In: http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/health_workforce_study_2012_report_en.pdf (abgerufen am 08.01.2015)
- WHO World Health Organization (2014): A universal truth: No health without a workforce. Forum Report. Global Health Workforce Alliance and World Health Organization. Geneva 2014. In: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport_summary_En_web.pdf (abgerufen am 08.01.2015).

sie der jeweiligen Situation des Pflegebedürftigen – seiner Gesundheit und Selbständigkeit, Aktivierung oder Schonung, seiner Gebrechlichkeit oder seinem bevorstehenden Tod – entsprechen. Überträgt man dies auf die Aufgabengebiete der HCAs, gehören hierzu beispielsweise, grundpflegerische Maßnahmen in stabilen Pflegesituationen sicher durchzuführen oder Notfallsituationen und Veränderungen der Pflegesituation durch gezielte Beobachtung rechtzeitig zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren (Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege).

Sozial-kommunikative Kompetenz

Durch sozial-kommunikative Kompetenz wird das empathische Verstehen aus der Perspektive des Pflegebedürftigen ebenso erfasst wie die Fähigkeit, Beziehungen aufzubauen, zu halten und zu beenden. Des Weiteren wird unter sozial-kommunikativer Kompetenz die Konflikt- sowie Kritikfähigkeit verstanden. Hierzu gehören für HCAs z. B. Kontakte mit pflegebedürftigen Menschen herzustellen, mit ihnen einen respektvollen Umgang zu pflegen und sie unter Beachtung der wesentlichen Vorbeugemaßnahmen bei der Grundversorgung zu unterstützen, Ressourcen im Rahmen ihres Handlungs- und Kompetenzspielraumes zu erkennen, aktivierend in die Pflegehandlung einzubeziehen sowie pflegebedürftige Menschen bei der Lebensgestaltung im Alltag unter Beachtung der individuellen Lebensgeschichte, der Kultur und der Religion zu unterstützen (Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege).

Methodische Kompetenz

Hierbei geht es um Fähigkeiten des Wissenserwerbs und –erhalts sowie um die Fähigkeit zur verantwortlichen Mitwirkung, insbesondere im Rahmen der Gesundheitsförderung sowie der Versorgung und Begleitung von Pflegeempfängern. Bezogen auf die HCAs gehört hierzu beispielsweise, im Pflegeprozess bei der Erstellung von Biographie und Pflegeplanung unterstützend mitzuwirken, den Pflegebericht fortzuschreiben und die eigenen Tätigkeiten selbständig zu dokumentieren (Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege).

Persönliche Kompetenz

Eine Balance zwischen Nähe und Distanz zu finden ist ein zentraler Bestandteil persönlicher Kompetenz. Hier geht es also um die Fähigkeit, mit erwarteten Belastungen umzugehen und diese für sich bearbeiten zu können. Ein weiterer Bestandteil persönlicher Kompetenz ist das Vertrauen in sich selbst und die Fähigkeit, sich selbst zu positionieren. Hierzu zählt etwa, mit anderen Berufsgruppen unter Reflexion der Situation und der eigenen Rolle zusammenzuarbeiten (Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege).

Beziehung zwischen HCA und Pflegefachkräften

A. Definition

HCA arbeiten unterstützend zum Pflegefachpersonal. Dies legt eine enge Kooperation mit den examinierten Fachkräften und den übrigen Beschäftigten nahe. Daher sollten die folgenden Aspekte berücksichtigt werden:

- Klare Abgrenzung der Verantwortlichkeiten und Rechenschaftspflichten von HCA
- Vereinbarungen zur Beaufsichtigung von HCA
- Abgrenzung zwischen delegierten und zugeordneten Aufgaben (de-

legated vs. allocated)

- Mentoring und Unterstützung von HCA
- Zusammenarbeit innerhalb gesicherter/festgelegter Rahmenbedingungen

B. Empfehlungen

Gesundheits- und PflegeassistentInnen arbeiten im Bereich der Pflege und Versorgung von Menschen aller Altersgruppen in diversen Akut- und Grundversorgungsumgebungen mit Fachkräften zusammen. Da die HCA-Ausbildung in den meisten der teilnehmenden Länder nicht auf eine eigenständige Tätigkeit ausgelegt ist, sollten HCA regelmäßig unter Aufsicht von höherqualifiziertem Pflegepersonal arbeiten. Auf diese Weise lernen sie während ihrer Ausbildung, wie sie im Rahmen der ihnen zugeordneten Aufgaben im Team arbeiten und sich damit in die Belegschaft integrieren.

HCA führen somit ihnen übertragene – delegierte – Aufgaben aus, die zuvor von Fachkräften geplant, beaufsichtigt und begutachtet wurden. Innerhalb stabiler Pflege-Umgebungen enthält diese Verpflichtung zur Delegation auch die Aufgabe, den HCA konkrete Anweisungen zu geben. Diese Form der Arbeitsorganisation erfordert eine klare Differenzierung der Aufgabengebiete von Fachkräften und HCA. Hierfür ist ein rechtlicher Rahmen notwendig, wie er z. B. in Finnland zu finden ist.

EU-Mobilität für HCA

A. Definition

Unter „EU-Mobilität“ wird die Möglichkeit verstanden, als Gesundheits- und Pflegeassistent neben dem Herkunftsland auch in anderen europäischen Ländern arbeiten zu können – im Normalfall ohne weitere Ausbildung. Der Terminus umfasst die Migration von Gesundheitsfachkräften innerhalb und außerhalb der EU.

B. Empfehlungen

Im Gegensatz zur gegenwärtigen Rechtslage wird eine EU-weite Anerkennung der HCA-Ausbildung empfohlen, die die EU-Mobilität von HCA fördert. HCA aus EU-Mitgliedsstaaten, die ihre Berufsqualifikation innerhalb eines EU/EWR-Landes erhalten haben, sollten die uneingeschränkte Möglichkeit erhalten, in allen EU-Mitgliedsstaaten arbeiten zu können. Hierfür sollten die HCA adäquate Sprachkenntnisse² und Kommunikations-Skills in den offiziellen Landessprachen des jeweiligen Landes, in dem sie arbeiten wollen, vorweisen. Um die Patientensicherheit und eine höhere Mobilität innerhalb Europas gewährleisten zu können, bedarf es:

- eines Nachweises über die Registrierung als HCA im Herkunftsland,
- detaillierter Informationen zum Qualifikations-Level,
- Informationen über bisherige, relevante Arbeitserfahrungen und
- vereinbarter Angleichungssysteme und harmonisierter Ausbildungsprogramme

Unterstützung informell Pflegenden durch HCA

A. Definition

HCA stehen häufig in Kontakt mit informell Pflegenden, wenn sie am Wohnort ihrer PatientInnen oder anderen kommunalen Pflegesettings arbeiten. Informell Pflegenden können Verwandte, Ehepartner, Freunde oder ehrenamtlich Tätige sein.

2. Diese Standards legen die jeweiligen Länder fest.

B. Empfehlungen

Die HCA-Ausbildung sollte den/die künftige Gesundheits- und PflegeassistentIn darauf vorbereiten, informell Pflegende zu unterstützen. Wichtige Aspekte, die die Ausbildung daher umfassen sollte, sind:

- Aktive Unterstützung der Familie/der Pflegenden
- Beobachtung der Pflegebedürftigen im Hinblick auf Veränderungen ihrer Bedürfnisse im Bereich der Sozialleistungen, Dienstleistungen, Unterstützungsbedarfe und des häuslichen Umfelds.
- Unterstützung der Pflegebedürftigen und ihrer Familien bei der Suche nach weiteren Dienstleistungen, Sozialleistungen oder Hilfsmitteln, Kooperation mit Experten und Spezialisten ehrenamtlicher Organisationen.
- HCA sollten etablierten Konzepten zu diesen Themenbereichen folgen. Dort, wo sie selbstständig arbeiten dürfen, sollten sie in der Lage sein, unmittelbar auf Organisationen, ehrenamtliche Hilfestellen und Experten zu verweisen.

Ausblick

Die Projektergebnisse ebnen mit Blick auf die erst kürzlich modernisierte EU-Beruferrichtlinie zur Anerkennung von Berufsqualifikationen (2013/55/EU) den Weg für eine neu geschaffene Möglichkeit zur EU-weiten Anerkennung für Gesundheits- und Pflege-AssistentInnen. Für das nach Artikel 49a der Richtlinie erforderliche gemeinsame Ausbildungskonzept (common training framework) sind in diesem Projekt erste Schritte in Richtung eines europaweit abgestimmten Verständnisses über die berufliche Rolle und die notwendigen Ausbildungsstandards gegangen worden. Die EU-Kommission hat daher aktuell ein Folgeprojekt ausgeschrieben. In einer Machbarkeitsstudie soll geprüft werden, ob sich das geforderte ein Drittel aller EU-Mitgliedstaaten (also mindestens 12 Länder) für eine stärkere Zusammenarbeit mit Blick auf einen gemeinsamen Rahmenlehrplan für HCA erreichen lässt. Dies eröffnet auch für Deutschland die Chance, die bisherige einjährige Kranken- und Altenpflegehelferausbildung in den einzelnen Bundesländern zielgerichtet und im Einklang mit anderen europäischen Ländern weiterzuentwickeln. <<

Autorenerklärung

Dr. Grit Braeseke ist Mitarbeiterin der Unternehmen IEGUS und contec. Frau Jessica Hernández hat unentgeltlich an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet. Die Analyse erfolgte mit finanzieller Unterstützung der EU-Kommission, DG SANCO, und wurde von dem Unternehmen contec GmbH in Bochum durchgeführt.

Dr. Grit Braeseke

ist Wirtschaftswissenschaftlerin und leitet seit Mai 2008 das IEGUS Institut für Europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH in Berlin. Seit insgesamt 20 Jahren ist sie in den Bereichen Gesundheitspolitik/-ökonomie, Versorgungsforschung und Gesundheitssystemforschung tätig. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind der internationale Vergleich von Gesundheitssystemen, die EU-Gesundheitsstrategie, die sozialpolitischen Herausforderungen aufgrund des demographischen Wandels, die Finanzierung von Gesundheits- und Pflegeleistungen und der Aufbau effizienter Versorgungsstrukturen, der volkswirtschaftliche Beitrag, die Produktivität und Innovationen der Gesundheitswirtschaft, altersgerechte Assistenzsysteme (AAL) für Gesundheit und Pflege, Themen rund um den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen (einschließlich Migration von Gesundheitspersonal) und Ausbildung in der Pflege. Kontakt: grit.braeseke@iegus.eu



Training standards for healthcare assistants in the European Union

The European Commission (2009) funded a three-year pilot project to examine the best education models and employment practices for Healthcare Assistants in the European member states. The aim was to identify how these could contribute to better career opportunities for HCA and enhance their cross-border mobility in Europe. The contract for the pilot project was awarded to Contec GmbH, an organisation based in Germany that specialises in organisational development in the health and care sector, together with partners from Finland, Germany, Poland and UK. The starting point was to establish a pilot network of experts in nursing education and regulation from across the EU to review and compare HCA education and employment practices, map the different employment legislative frameworks, and make recommendations that can be applied across Europe.

Keywords

training standards, healthcare assistant, cross-border mobility, workforce planning, European Qualifications Framework (EQF), nurse

Übersicht der Projektpartner

Institution	Kontaktperson
Contec Gesellschaft für Organisationsentwicklung mbH BioMedizinZentrum Ruhr Universitätsstr. 136 44799 Bochum	Dr. Grit Braeseke grit.braeseke@contec.de
DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Alt-Moabit 91, 10559 Berlin	Gertrud Stöcker stoecker@dbfk.de
Medizinische Universität Breslau Dept. of Social Medicine ul. Bujwida 44, 50-345 Wrocław, Polen	Prof. Ludmila Waszkiewicz ludmilaw@msizp.am.wroc.pl
Jacqueline Filkins Woodside Mill, West Woodside, Wigton, CA7 0LW, Cumbria, Vereinigtes Königreich	Prof. Jacqueline Filkins jacquiilkins@hotmail.com
Preusker Healthcare Ltd OY Vestrantie 112, FIN-01750 Vantaa, Finnland	Dr. Uwe Preusker uwe.preusker@phc.fi Tel.: +358-9-2769-2610
ZAB Zentrale Akademie für Berufe im Gesundheitswesen GmbH Hermann-Simon-Str. 7, 33334 Gütersloh	Andreas Westerfellhaus westerfellhaus@zab-gesundheitsberufe.de

Hinweis: Der ausführliche Endbericht (Englisch) des Projektes ist als Download unter www.hca-network.eu verfügbar. Eine gekürzte deutsche Fassung findet sich auf www.contec.de.

Carolin Böse
Tom Wünsche

Möglichkeiten zur Fachkräftesicherung in der Pflege durch das Anerkennungsgesetz

Bereits heute gehören Berufe wie die Altenpflege oder auch die Gesundheits- und -Krankenpflege zu den Top 10 der Berufe, für die ein Fachkräftengpass besteht (Vgl. IW Köln 2014: 9). Dass sich dieser Trend verstärken wird ist anzunehmen (Vgl. Maier et al. 2014: 4; IW Köln 2014: 33). Viele Unternehmen, insbesondere auch Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sind daher zur Deckung ihres Personalbedarfs auf Fachkräfte aus dem Ausland angewiesen (Vgl. Bonin 2014: 6; BMWi 2013; Heß, von Loeffelholz 2011: 15). Dies wird auch weiterhin der Fall sein, denn „bei einer gezielten Anwerbung von ausländischen Fachkräften und damit gezielter Steuerung der Zuwanderung ist dies durchaus eine Möglichkeit, die Fachkräftelücke zu schließen“ (BIBB o.J.: 8). Die Anerkennung von im Ausland erworbenen Berufsqualifikationen ist daher eine notwendige Maßnahme zur Fachkräftesicherung, denn in reglementierten Berufen² ist ohne diese eine qualifikationsadäquate Beschäftigung von Personen mit einer solchen nicht realisierbar. Um dies unabhängig vom Aufenthaltstitel und der Staatsangehörigkeit der Antragstellenden zu ermöglichen trat zum 1. April 2012 das Anerkennungsgesetz des Bundes in Kraft, welches die Anerkennung von Berufen im Zuständigkeitsbereich des Bundes regelt³ und erstmals auch systematisch Personen mit Abschlüssen aus sogenannten Drittstaaten die Möglichkeit der Anerkennung ihrer Qualifikation ermöglicht⁴. Es umfasst neben dem neuen in Artikel 1 gefassten „Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz“ (BQFG), das in erster Linie für die rund 330 dualen Ausbildungsberufe und 180 Fortbildungsabschlüsse im dualen System greift, Änderungen und Anpassungen in fast allen berufsrechtlichen Fachgesetzen für die rund 40 bundesrechtlich reglementierten Berufe - beispielsweise in der Bundesärzterordnung (BÄO) und dem Krankenpflegegesetz (KrPflG) – sowie für 41 reglementierte Meisterberufe im Handwerk.

>> Das Anerkennungsgesetz gibt damit einheitliche Verfahren und Kriterien für die Bewertung beruflicher Auslandsqualifikationen für die rund 600 bundesrechtlich geregelten Berufe vor und schafft für diese Berufe einen allgemeinen gesetzlichen Anspruch auf Prüfung der ausländischen Qualifikation, welche innerhalb einer gesetzlich vorgeschriebenen Frist von drei bzw. vier Monaten (bei Vorliegen aller Unterlagen) durchgeführt werden muss. Anträge können dabei sowohl aus dem In- als auch aus dem Ausland gestellt werden.

Fachkräfte, die ihre nicht-akademische Berufsausbildung in Staaten außerhalb der EU absolviert haben, können seit der neuen Beschäftigungsverordnung vom Juli 2013 einfacher zum Arbeiten nach

Zusammenfassung

Das Anerkennungsgesetz des Bundes¹ bietet einen rechtlichen Rahmen, um Fachkräfte aus dem Ausland für die Pflegeberufe zu gewinnen. Der Beitrag stellt die Regelungen zur Anerkennung vor und bietet auf Basis der amtlichen Statistik sowie eigener empirischer Erhebungen einen Einblick in die konkrete Umsetzung und die damit verbundenen Herausforderungen für die Anerkennungspraxis.

Schlüsselwörter

Anerkennungsgesetz, Fachkräftemangel, ausländische Berufsqualifikation, Anerkennung von im Ausland erworbenen Berufsqualifikationen

Deutschland zuwandern (Beschäftigungsverordnung - BeschV, Neufassung vom 1. Juli 2013). Voraussetzung dafür ist die Feststellung der Gleichwertigkeit des ausländischen Bildungsabschlusses nach dem Anerkennungsgesetz, eine Arbeitsplatzzusage und ein Engpass auf dem deutschen Arbeitsmarkt in dem entsprechenden Beruf. Die meisten Pflegeberufe gehören zu den von der Bundesagentur für Arbeit identifizierten Engpassberufen⁵.

Anerkennungsverfahren und erste Ergebnisse zur Umsetzung in den Pflegeberufen

Berufe im Gesundheitswesen sind in Deutschland zumeist reglementiert. Die Zuständigkeit für die Anerkennungsverfahren richtet sich nach dem jeweiligen Fachrecht und den Bestimmungen der 16 Bundesländer, die für den Vollzug des Bundesgesetzes verantwortlich sind. Die Rechtsgrundlage bilden die jeweiligen Fachgesetze (z.B. das KrPflG). Die Vorschriften für die Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen sind in fast allen Berufsgesetzen identisch (Abb. 1).

Grundvoraussetzung für die Gleichwertigkeitsprüfung ist die Festlegung eines deutschen Referenzberufes, mit dem der ausländische Berufsabschluss verglichen und auf wesentliche Unterschiede/Gemeinsamkeiten geprüft wird. Immer dient das aktuelle deutsche Berufsbild als Vergleichsdokument.⁶ Zum Ausgleich von festgestellten wesentlichen Unterschieden, sollen auch vorhandene infor-

Anerkennung in Deutschland

Unter www.anererkennung-in-deutschland.de bündelt die Bundesregierung zentrale Informationen zu allen Fragen rund um die Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen für Expertinnen und Experten sowie für Antragstellende. Mit dem Anerkennungs-Finder können für jeden Beruf die zuständigen Stellen ermittelt werden.

1. Gesetz vom 6. Dezember 2011, BGBl, Teil I, Nr. 63, S. 2515. Das Gesetz trat am 1. April 2012 in Kraft.
2. Dies sind berufliche Tätigkeiten, deren Aufnahme oder Ausübung durch Rechts- oder Verwaltungsvorschriften an den Besitz bestimmter Berufsqualifikationen gebunden ist; eine Art der Ausübung ist die Führung einer Berufsbezeichnung, die durch Rechts- oder Verwaltungsvorschriften auf Personen beschränkt ist, die über bestimmte Berufsqualifikationen verfügen (§ 3 Absatz 5 BQFG).
3. Zur Wahrung der Einheitlichkeit der Rechtslage haben im Anschluss daran die Länder analog eigene Anerkennungsgesetze für die landesrechtlich geregelten Berufe erlassen.
4. In den Fachgesetzen gab es vor Inkrafttreten des Anerkennungsgesetzes aufgrund von Vorgaben des europäischen Rechtes bereits Regelungen für die Anerkennung europäischer Berufsqualifikationen. Mit den fachgesetzlichen Änderungen wurden diese Regelungen weitgehend auch für Drittstaatsangehörige bzw. deren dort erworbenen Abschlüsse geöffnet und ausgeweitet.
5. Gesundheitspersonal aus den 57 Ländern, in denen nach den Festlegungen der Weltgesundheitsorganisation selbst ein Mangel an Personal besteht, kann nur in Deutschland arbeiten, wenn sie sich selbst eine Arbeitsstelle gesucht haben.



Abb. 1: Der Ablauf des Anerkennungsverfahrens. Quelle: Eigene Darstellung BMBF/BIBB

mell (Berufserfahrung) oder non-formal (Weiterbildung) erworbene Kompetenzen in die Prüfung einbezogen werden. Kann auch dann die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes nicht festgestellt werden, können in den reglementierten Berufen die wesentlichen Unterschiede, die in einem rechtmittelfähigen Bescheid dokumentiert werden, durch Ausgleichsmaßnahmen (=Anpassungsmaßnahmen) ausgeglichen werden, um die Anerkennung und damit die Berufszulassung oder das Recht zur Titelführung zu erlangen.⁷ Auf diese

6. Für sieben sogenannte „sektorale“ Berufe u. a. Hebamme bzw. Entbindungshelfer sowie Gesundheits- und Krankenpflegerin besteht für EU-Bürger, Bürger des europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) und der Schweiz, sofern sie auch ihre Abschlüsse dort erworben haben, die Möglichkeit der automatischen Anerkennung, wenn die Ausbildung nach Beitrittsdatum begonnen wurde. In diesem Fall wird keine Gleichwertigkeitsprüfung durchgeführt. Für die anderen Gesundheitsfachberufe, die von EU-Bürgern (oder Bürgern aus dem EWR und der Schweiz) erworben wurden, gilt: Werden wesentliche Unterschiede zum deutschen Referenzberuf festgestellt, können die Antragstellenden zwischen einer Eignungsprüfung oder einem Anpassungslehrgang wählen, um die Gleichwertigkeit zu erreichen.
7. In den nicht reglementierten Berufen, in denen die Anerkennung ein „KANN“ und kein „MUSS“ darstellt, kann das Verfahren auch mit einem Bescheid über eine teilweise Gleichwertigkeit abgeschlossen werden.
8. Die Eignungsprüfung bezieht sich ausschließlich auf die festgestellten wesentlichen Unterschiede. Die Kenntnisprüfung bezieht sich auf den Inhalt der deutschen staatlichen Abschlussprüfung.
9. U.a. Experteninterviews mit Mitarbeitenden von Beratungseinrichtungen, zuständigen Stellen etc. sowie standardisierte Befragungen von für ausgewählte Berufsbereiche zuständigen Stellen. Weitere Informationen unter <https://www2.bibb.de/bibbtools/de/ssl/dapro.php?proj=7.8.096>.
10. Vgl. <http://anabin.kmk.org/>
11. Aussage einer interviewten Person, die Anerkennung für Gesundheitsberufe durchführt.
12. Aussage einer interviewten Person, die Anerkennung für Gesundheitsberufe durchführt.
13. Die ZAB der KMK hat unter anderem folgende Aufgaben: Erstellung von Gutachten zur akademischen und beruflichen Anerkennung auf Anforderung der Länderbehörden sowie Bewertung ausländischer Hochschulqualifikationen nach dem Lissabonner Anerkennungsübereinkommen weltweit (Zeugnisbewertungen). Die ZAB ist zudem Nationale Informationsstelle für die EU-Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG. Seit 2014 übernimmt die ZAB für die Länder Berlin und Baden-Württemberg die Rolle einer zuständigen Stelle für Anerkennungsverfahren für nicht reglementierte landesrechtlich geregelte Berufe. (vgl. Erbe et. al., 2014: 31; www.kmk.org/zab/gleichwertigkeitsbescheide-fuer-nicht-reglementierte-landesrechtlich-geregelte-berufe.html Abruf: 13.11.14)

Weise werden gleichwertige Fähigkeiten und Kenntnisse nachgewiesen; je nach Beruf durch einen Anpassungslehrgang oder eine Prüfung (Eignungsprüfung oder Kenntnisprüfung⁸).

Um Informationen über die Umsetzung des Anerkennungsgesetzes einzuholen und ggf. Unterstützungs- und Anpassungsbedarf zu identifizieren wurden seit Juni 2013 vom Projekt „Monitoring der Umsetzung des Anerkennungsgesetzes als Beitrag zur Qualitätssicherung“, welches das Bundesinstitut für Berufsbildung im Auftrag des Bundesministerium für Bildung und Forschung ausführt, unterschiedliche Untersuchungen durchgeführt⁹. Im Folgenden werden identifizierte Herausforderungen skizziert. Ausführliche Ergebnisse der aktuellen Projektphase werden im zweiten Bericht zum Anerkennungsgesetz voraussichtlich im Sommer 2015 veröffentlicht.

Die Gleichwertigkeitsprüfung stellt immer eine Herausforderung dar

Um den Vergleich der ausländischen Ausbildung mit dem deutschen Referenzberuf durchführen zu können, benötigen die zuständigen Stellen in der Regel detaillierte Informationen über die im Ausland erworbene Qualifikation. Die meisten befragten zuständigen Stellen geben an, die Datenbank anabin der Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen (ZAB) zu nutzen¹⁰. Da häufig aber Unterlagen benötigt werden, die konkrete Auskunft über Inhalte und Dauer der Ausbildung geben, kommt es oft zu Nachforderungen durch die zuständigen Stellen, die für die Antragstellenden mit hohem zeitlichen und finanziellen Aufwand verbunden sind (Kosten für Übersetzungen, ggf. Reisen ins Herkunftsland). Vor allem detaillierte Fächerauflistungen mit dazugehörigen absolvierten Stunden seien im Nachhinein äußerst schwierig zu bekommen. Hinzu kommt, dass Bezeichnungen von Fächern häufig von den deutschen abweichen und sich daher nur bedingt miteinander vergleichen lassen. In einigen Fällen weisen die Bezeichnungen der Ausbildungsgänge aber auch die einzelner Fächer auf Inhalte hin, die bei näherer Prüfung gar nicht Bestandteil der Ausbildung sind:

„(...) da wo Physiotherapie dran steht, ist nicht immer Physiotherapie drin.“¹¹

Aus den dargestellten Gründen, ist der Vergleich der Ausbildungen für die meist fachfremden Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter der zuständigen Stellen oft eine schwierige Aufgabe.

„Das einzige was ich als Handicap empfinde, ist, ich sitze hier als Verwaltungsbeamtin. In keinem der Berufe, die ich überprüfe, bin ich Fachkraft. Deshalb ist es natürlich für jemanden Außenstehenden, der in den Berufen nicht drin steckt, immer relativ schwierig, würde ich sagen, einen Abgleich zu machen.“¹²

Es ist anzunehmen, dass dies auch der Grund dafür ist, dass seitens der zuständigen Stellen mehrheitlich befürwortet wird, die ZAB¹³ zu einer zentralen Gutachterstelle für die Gesundheitsberufe auszubauen.

Fast alle befragten zuständigen Stellen greifen schon jetzt vor allem in schwierigen Fällen auf externe Sachverständige zurück. Die

zuständigen Stellen für die Anerkennung von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen geben an, dass vor allem Berufsfachschulen hinzugezogen werden.

Die Ergebnisse der Befragungen zeigen auch, dass die Möglichkeit vorhandene Berufserfahrung oder weitere Befähigungsnachweise zum Ausgleich wesentlicher Unterschiede zu nutzen in den Gesundheitsberufen eine noch eher untergeordnete Rolle spielt. Die Mehrheit der zuständigen Stellen bezieht nach eigenen Angaben die Berufserfahrung zwar in die Prüfung mit ein, zum Ausgleich der wesentlichen Unterschiede reicht sie jedoch selten aus.¹⁴ Die Gründe dafür, warum die Berufserfahrung nicht berücksichtigt werden kann sind vielfältig. Der am häufigsten genannte Grund ist der zu kurze Zeitraum der Berufserfahrung.

Durchführung von Ausgleichsmaßnahmen bei festgestellten wesentlichen Unterschieden

Die bereits im ersten Bericht zum Anerkennungsgesetz (Erbe et.al. 2014: 114f) dargestellten Ergebnisse der Befragungen zur Durchführung der Ausgleichsmaßnahmen machten deutlich, dass es bundesweit sehr unterschiedliche Vorgehensweisen bezüglich der Auflage von Ausgleichsmaßnahmen und auch deren Umsetzung gibt. Als Mittel zur weiteren Vereinheitlichung des Vollzugs ist deshalb am 1. Januar 2014 die Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom 2. August 2013 zur „Durchführung und zum Inhalt von Anpassungsmaßnahmen und zur Erteilung der Berufserlaubnis in den Heilberufen des Bundes“ in Kraft getreten.¹⁵ Ziel ist es, die Anpassungsmaßnahmen möglichst bundeseinheitlich zu handhaben. Die zuständigen Stellen erhalten damit konkretere Vorgaben, wie Anpassungsmaßnahmen in den Gesundheitsberufen zu gestalten und durchzuführen sind. Erste Ergebnisse zur Anwendung der neuen Vorgaben werden im zweiten Bericht zum Anerkennungsgesetz veröffentlicht.

Anforderung an Sprachkenntnisse

Die Anforderungen an Sprachkenntnissen, die für die Berufszulassung vorhanden sein müssen, sind für die reglementierten Berufe in den Fachgesetzen geregelt. Sie sind nicht Teil des Anerkennungs- sondern ausschließlich des Zulassungsverfahrens. Die Formulierungen in den Fachgesetzen sind relativ offen gehalten. Die Antragstellenden müssen demnach über die „für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen“ (KrPflG § 2 Absatz 1 Nr. 4). Da diese Formulierung Interpretationsspielraum darüber zulässt, wie die erforderlichen Kenntnisse im Einzelnen aussehen und nachgewiesen werden müssen, hat sich zunächst kein bundesweit einheitliches Vorgehen etabliert. In der Regel wird in der Gesundheits- und Krankenpflege zwar das Niveau B2 nach dem Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen (GER) für die Zulassung gefordert, aber die Möglichkeiten dieses nachzuweisen variieren zwischen den Bundesländern noch immer deutlich. Einige Behörden akzeptieren bspw. keine Sprachnachweise aus dem Ausland, andere auch aus dem Inland nur die von bestimmten Sprachinstituten, wie z.B. dem Goethe-Institut. Wieder andere Behörden führen den Sprachtest selbst im Rahmen eines Interviews durch. Teilweise wird zusätzlich zum dem geforderten Sprachniveau ein erfolgreich absolvierter Fachsprachtest vorausgesetzt. Einig sind sich alle befragten Stellen darüber, dass gerade für die Berufsausübung in den Gesundheitsberufen ausreichende Sprachkenntnisse eine wichtige Voraus-

setzung darstellen, da sie die Patientensicherheit beeinflussen. Vor diesem Hintergrund arbeiten die Länder daran, die Sprachkenntnisse weiter auf einem angemessenen Niveau zu vereinheitlichen.

Sonderfall Altenpflege – Anerkennung kaum möglich

Beratungsdokumentationen und Zugriffsdaten auf das Informationsportal Anerkennung in Deutschland zeigen zwar einen hohen Informationsbedarf zum Beruf Altenpflege. Zudem sind die Einrichtungen der Altenhilfe akut vom zunehmenden Fachkräftemangel betroffen. Aber die Auswertung der amtlichen Statistik zeigt, dass nur vergleichsweise wenige Anträge zur Anerkennung als Altenpflegerin gestellt wurden.

Die interviewten zuständigen Stellen gaben in der Mehrzahl der Fälle an, dass die Vergleichbarkeit eines ausländischen Abschlusses mit dem inländischen Anforderungsprofil „examinierte Altenpflegerin“ nicht möglich sei, da im internationalen Umfeld keine speziell auf die Altenpflege ausgerichteten Studiengänge beziehungsweise Ausbildungsberufe existierten. Deshalb werde in fast allen Fällen der Referenzberuf Gesundheits- und Krankenpflege zu Grunde gelegt.

Die Ergebnisse der Befragungen durch das Monitoringprojekt machen aufgrund dieser Anerkennungspraxis folgende Problemlage im Bereich der Altenpflege deutlich:

Die ausländischen Pflegekräfte, welche oft auch eine mehrjährige universitäre Ausbildung abgeschlossen haben, seien teilweise für die Tätigkeiten in der Altenpflege überqualifiziert. Diese Personen nähmen in der Regel in einem Krankenhaus eine Tätigkeit auf, da dort nicht nur eine bessere Vergütung, sondern auch qualifiziertere Aufgabengebiete lockten. Möchte eine Altenpflegeeinrichtung eigenes Personal durch eine Anerkennung qualifizieren und dies ist nur mit dem Referenzberuf Gesundheit- und Krankenpflege möglich, muss der Anpassungslehrgang in der Regel in einem Krankenhaus abgeleistet werden. Dadurch wird eine Abwanderung in ein Krankenhaus noch begünstigt. Von zwei zuständigen Stellen wurde berichtet, dass sie in solchen Fällen die Möglichkeit anbieten, den Anpassungslehrgang zu splitten; nur die Bereiche, die in der Altenpflegeeinrichtung nicht ausgeglichen werden können, müssen in einem Krankenhaus abgeleistet werden. Diese Vorgehensweise könnte Vorbild für andere sein.

Der Zwischenbericht zur Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege kommt im Bereich Anerkennung in der Altenpflege zu ähnlichen Ergebnissen und stellt fest, dass im Altenpflegebereich erworbene Berufspraxis stärker bei der Anerkennung berücksichtigt werden soll (BMFSFJ 2014: 77).

Bisher ist der Entfaltungsspielraum des Anerkennungsgesetzes in der Altenpflege aufgrund der dargestellten Situation eingeschränkt.

14. Ein anderes Bild zeigt sich hier bei den dualen Ausbildungsberufen im Bereich Industrie- und Handel sowie im Handwerk. Hier dient die Berufserfahrung häufig zum Ausgleich wesentlicher Unterschiede.

15. Die Rechtsverordnung betrifft mit zwei Ausnahmen alle auf Bundesebene geregelten Gesundheitsberufe, unter anderem Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten und Medizintechnische Assistentinnen und Assistenten. Für Notfallsanitäterinnen und -sanitäter wurden die entsprechenden Regelungen mit der gleichfalls am 1. Januar 2014 in Kraft getretenen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter eingeführt. Für die Zahnärztinnen und Zahnärzte sind entsprechende Vorgaben im Rahmen einer Neuregelung der Approbationsordnung vorgesehen.

Um diesem Problem entgegenzuwirken, könnte kritisch geprüft werden, ob die zuständigen Stellen nicht häufiger doch die Altenpflege als Referenzberuf heranziehen könnten mit Erteilung einer entsprechenden Auflage für Ausgleichmaßnahmen.

Es wird sich außerdem zeigen, inwieweit die aktuell eingeleitete Reformierung und Zusammenlegung der Berufsbilder Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege und Kinderkrankenpflege die Möglichkeiten für Anerkennungen in diesem Bereich erweitern.

Ergebnisse der amtlichen Statistik 12/13 für ausgewählte Berufe

Einen Überblick über die Anwendung des Anerkennungsgesetzes kann aufgrund der amtlichen Statistik nach § 17 BQFG sowie den Regelungen im Fachrecht, die auf § 17 BQFG verweisen, gegeben werden. Diese Daten liegen derzeit für den Zeitraum April 2012 bis Dezember 2013 vor.¹⁶ Demnach wurden in dieser Zeit insgesamt 26.466 Anträge auf die Anerkennung einer im Ausland erworbenen Berufsqualifikation gestellt. Von besonderer Bedeutung ist der Bereich der medizinischen Gesundheitsberufe welcher mehr als drei Viertel aller Anträge ausmachen.

Die folgenden Analysen berücksichtigen die Referenzberufe Gesundheits- und Krankenpflegerin, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Hebamme/Entbindungspflegerin sowie Altenpflegerin.

Abbildung 2 weist die Anzahl der Anträge für diese Referenzberufe aus. Es zeigt sich, ein besonders hohes Interesse an der Anerkennung als Gesundheits- und Krankenpflegerin (Abb. 2).

Von besonderer Bedeutung für den Arbeitsmarkt und damit für Betriebe sind jedoch nicht in erster Linie die gestellten Anträge, sondern die abgeschlossenen Verfahren, die die Gleichwertigkeit der ausländischen Qualifikation mit dem deutschen Referenzberuf ergeben haben. Personen, die einen Bescheid über die volle Gleichwertigkeit erhalten, stehen dem Arbeitsmarkt nach der Berufszulassung mit einer dem deutschen Referenzberuf gleichwertigen Ausbildung zur Verfügung.

Allein 2012 und 2013 haben mehr als 2.500 Gesundheits- und Krankenpflegerinnen eine volle Anerkennung bekommen. Da es sich dabei um einen reglementierten Beruf handelt, hatten diese Personen zuvor keine Möglichkeit in ihrem erlernten Beruf zu arbeiten. Hinzu kommen bei diesem Referenzberuf 534 Fälle, bei denen die Durchführung einer Ausgleichsmaßnahme am 31. Dezember 2013 noch ausstand, nach deren Absolvierung ebenfalls eine volle Gleich-

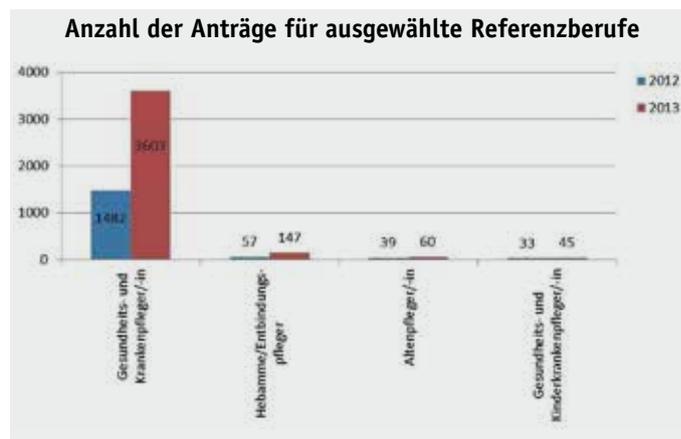


Abb. 2: Anzahl der Anträge für ausgewählte Referenzberufe in den Jahren 2012/2013. Statistisches Bundesamt, Darstellung Bundesinstitut für Berufsbildung.

wertigkeit festgestellt werden kann.

Bei den drei anderen hier dargestellten Referenzberufen zeigt sich, dass bisher noch vergleichsweise wenig Anträge und damit auch volle Anerkennungen gestellt bzw. beschieden wurden. Dies kann u.a. auf die in den Abschnitten zuvor dargestellten Problemfelder zurückgeführt werden.

Fazit

Mit dem Anerkennungsgesetz wurde eine wichtige Grundlage dafür geschaffen, Arbeitskräfte mit einem im Ausland erworbenen Berufsabschluss qualifikationsadäquat zu beschäftigen. Es dient dabei der Sicherung des Fachkräftebedarfs in Deutschland und sendet das Signal ins Ausland, dass Fachkräfte in Deutschland willkommen sind und auch hier arbeiten können. Jedoch bestehen in der Praxis noch Umsetzungsprobleme insbesondere in den Pflegeberufen, auf die in diesem Beitrag eingegangen wurde. Um die Möglichkeiten und Voraussetzungen der Anerkennung einer ausländischen Qualifikation

16. Die ausgewiesenen Zahlen werden vom Statistischen Bundesamt (StBA) erhoben und veröffentlicht. Dem Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) – wie auch der allgemeinen Öffentlichkeit – werden aus Datenschutzgründen ausschließlich anonymisierte Zahlen zur Verfügung gestellt. Durch das Anonymisierungsverfahren werden jegliche Werte auf das nächstkleinere oder –höhere Vielfache von drei gerundet (bspw. 4>3; 5>6).

Literatur

- BIBB (o.J.): 16 Fragen zum Fachkräftemangel in Deutschland. In: http://www.bibb.de/dokumente/pdf/16_Fragen_und_Antworten_final_HR_GZ.pdf (zugriffen am 01. März 2014).
- Bonin, H. (2014): Der Beitrag von Ausländern und künftiger Zuwanderung zum deutschen Staatshaushalt. In: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Bonin_Beitrag_Zuwanderung_zum_dt_Staatshaushalt_141204_nm.pdf (zugriffen am 08. Januar 2015).
- BMFSFJ (2014): Zwischenbericht zur Ausbildungs- und Qualifizierungsinitiative Altenpflege. Berlin.
- BMWi (2013): Ökonomischer Zugewinn durch Zuwanderung. Monatsbericht 12-2013. In: <http://www.bmwi.de/Dateien/BMWi/PDF/Monatsbericht/Auszuege/12-2013-zuwanderung.property=pdf,bereich=bmwi2012,sprache=de,rwb=true.pdf> (zugriffen am 06. Mai 2014).
- Erbe, J.; Böse, C.; Lüdemann, S.; Schreiber, D.; Wünsche, T.; Lewalder, A. C.; Schandock, M.; Zens, A.-K. (2014): Das Anerkennungsgesetz (Teil II); Monitoring zum Anerkennungsgeschehen (Teil III). In: Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.): Bericht zum Anerkennungsgesetz. Berlin, S. 19-147.
- Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), das zuletzt durch Artikel 35 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist. Heß, B.; von Loeffelholz, H. D. (2011): Hoch qualifizierte Migrantinnen und Migranten. In: *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis*, 3/2011, Bonn, S. 15 – S. 19.
- IW Köln (2014): Fachkräfteengpässe in Unternehmen. In: <http://www.iwkoeln.de/de/presse/pressemitteilungen/beitrag/fachkraefteengpaesse-die-babyboomer-reissen-grosse-luecken-203172> (zugriffen am 08. Januar 2015).
- Maier, T.; Zika, G.; Wolter, M. I.; Kalinowski, M.; Helmrich, R. (2014): Engpässe im mittleren Qualifikationsbereich trotz erhöhter Zuwanderung. BIBB Report 23/14. Bonn.

transparenter zu machen sollten die Bemühungen hinsichtlich einer bundesweit möglichst einheitlichen Umsetzung der gesetzlichen Regelungen weitergehen. Insbesondere sollten einheitliche Regelungen hinsichtlich der geforderten Sprachkenntnisse geschaffen werden. Vor allem auch die Einrichtung der geplanten zentralen Gutachterstelle für die Gesundheitsberufe ist für die von allen Seiten gewünschte Vereinheitlichung der Kriterien und Standards für die Anerkennungsverfahren wünschenswert.

Insbesondere in der Altenpflege sollten weitere Möglichkeiten identifiziert werden, Anerkennungen vermehrt auch in diesem Bereich durchführen zu können, um Fachkräfte für diesen wichtigen Bereich zu gewinnen.

Im Sommer 2015 wird der zweite Bericht zum Anerkennungsgesetz veröffentlicht. Neben Analysen der amtlichen Statistik 2013 werden Ergebnisse zahlreicher weiterer Befragungen rund um das Anerkennungsgeschehen dargestellt sowie Bilanz gezogen und Handlungsfelder benannt. <<

The German Federal Recognition Act: Securing healthcare professionals in nursing

The German Federal Recognition Act provides a legal framework to recruit foreign healthcare professionals. The following introduces the regulations for recognition and gives us an overview of its concrete implementation based on administrative data and surveys along with the associated challenges faced.

Keywords

Recognition Act, Skills shortage, Foreign professional or vocational qualification, Recognition of foreign professional or vocational qualifications

Autorenerklärung

Carolin Böse und Tom Wünsche sind Mitarbeitende des Bundesinstituts für Berufsbildung in Bonn. Die Analyse erfolgte im Rahmen des Projekts „Monitoring der Umsetzung des Anerkennungsgesetzes als Beitrag zur Qualitätssicherung“, das im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung vom Bundesinstitut für Berufsbildung durchgeführt wird.

Carolin Böse, Soziologin M.A.

Studium der Soziologie, Geographie und Literaturwissenschaften an der Rheinischen-Wilhelms-Universität Bonn. Seit 2007 arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Bundesinstitut für Berufsbildung in Bonn. Von 2007 bis 2012 war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Förderprogramm Jobstarter unter anderem zuständig für das Projekt VerA – Verhinderung von Ausbildungsabbrüchen des Senior Experten Service (SES) sowie für das Programm-Monitoring. Seit 2013 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin des vom BMBF geförderten Projektes „Monitoring der Umsetzung des Anerkennungsgesetzes des Bundes als Beitrag zur Qualitätssicherung“.

Kontakt: Boese@bibb.de



Tom Wünsche, Soziologe M.A.

Studium der Soziologie, Politikwissenschaften und Neueren Geschichte an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. Seit 2010 arbeitet er als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Bundesinstitut für Berufsbildung. Von 2010 bis 2012 war er Projektsprecher des Forschungsprojektes „Betriebliche Qualifikationsbedarfsdeckung im Fachkräftebereich wachsender Beschäftigungsfelder – PEREK“. Seit 2013 ist er stellvertretender Projektleiter des vom BMBF geförderten Projektes „Monitoring der Umsetzung des Anerkennungsgesetz des Bundes als Beitrag zur Qualitätssicherung“ u.a. zuständig für die Auswertungen der amtlichen Statistik. Forschungsfelder: Anerkennung von im Ausland erworbenen Berufsqualifikationen, betriebliche Personalrekrutierungsstrategien.

Kontakt: Wuensche@bibb.de



Beenden Sie das Katz- und Mausspiel

Bild. Clipdealer.de



NEU: Kostenloser Stellenmarkt!

Sie wollen Aufmerksamkeit?

Mehr Aufmerksamkeit für Ihre Pressemeldungen. Mehr Beachtung für Ihre Veranstaltung. Ein Podium für Ihre kostenlosen Stellenanzeigen und -gesuche?

Die bekommen Sie

Willkommen bei Health Reminder, dem aktuellen News-, Termin- und Stellenportal für das deutsche Gesundheitswesen und die Pflege!



Schnell und effizient verschaffen Sie sich hier einen Überblick über alle relevanten News, Termine und Stel-

lenangebote. Völlig kostenlos veröffentlichen Sie hier Ihre Pressemeldungen, kündigen Ihre Veranstaltung an, werben um neue Mitarbeiter oder suchen einen neuen Arbeitsplatz.

Sie wollen noch mehr Aufmerksamkeit?

Dann überzeugen Sie sich von den kostengünstigen Services: vom Aussand Ihrer Pressemitteilung an mehrere tausend interessierte Pressevertreter über die Dokumentation Ihrer Veranstaltung bis hin zur redaktionellen Begleitung durch journalistisch aufbereitete Themenhefte. Ihr Mehr an Aufmerksamkeit liegt nur einen Klick entfernt: www.healthreminder.de



health.reminder
Das Terminportal für das deutsche Gesundheitswesen