

monitor

PFLEGE

Fachzeitschrift zur Versorgung, Management und Forschung in der Pflege



Interview mit Franz Wagner, Bundesgeschäftsführer des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) e.V.: „Die Generalistik ist die Antwort auf die sich deutlich verändernden und komplexeren Anforderungen an die Pflegeberufe.“

An den Bedürfnissen vorbei

Einen Paradigmenwechsel hin zu einer integrierten Pflege mahnt die Studie „Connected and coordinated: Personalised service delivery for the elderly“ von PWC an.

Reform der Pflegeberufe

Das Bundeskabinett hat am 13. Januar den Gesetzentwurf zur Reform der Pflegeberufe beschlossen. Es gibt es ebenso viele Befürworter wie Kritiker.

Interkulturelle Teams

Wie interkulturelle Teams funktionieren können und worin sich das Pflegeverständnis unterscheidet, beschreibt Dipl.-Päd. Irena Angelovski in ihrem Beitrag.



**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.

Reform der Pflegeberufe

>> **MoPf-Titelinterview mit Franz Wagner, Bundesgeschäftsführer des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) e.V** > S. 6 ff.

Franz Wagner MSc, RbP leitet den Programmbeirat für den Deutschen Pfl egetag 2016, der vom 10. bis 12. März 2016 in Berlin stattfindet. Nach dem großen Erfolg im letzten Jahr, soll in diesem Jahr alles noch größer werden. Die gesamte professionelle Pflege trifft sich mit Spitzenvertretern aus Politik, Wirtschaft und Gesellschaft. Wir haben das zum Anlass genommen, mit Franz Wagner, der auch Vizepräsident des Deutschen Pfl egerates ist, über die wichtigen Fragen zu sprechen, die die Pflege aktuell bewegen.

Über den Entwurf zum Pflegeberufegesetz freut sich Franz Wagner, denn die Pflege braucht. Eigentlich ist das überfällig, aber die generalistische Ausrichtung ist in der Pflege durchaus nicht unumstritten. Das macht die Argumente sehr interessant. Wobei die Schwierigkeit hinzukommt, dass die Inhalte von mehreren Ausbildungen in eine Ausbildung integriert werden müssen und dazu kommen noch die Unterschiede von Bundesland zu Bundesland. Übrigens folgt aus der generalistischen Ausbildung sicher ein stärkerer Wettbewerb um gute Pflegenden, die dann ja mehr Arbeitsmöglichkeiten haben. Der entscheidende Faktor in diesem Wettbewerb um die Pflegenden wird ein attraktives Arbeitsumfeld sein, auch um die Frustration in der Praxis zu vermeiden, die heute dazu führt, dass viele Pflegekräfte aufhören. Geld ist dabei wichtig, aber nur ein Faktor.

Entwurf zum Pflegeberufegesetz und Informationen zur Pflegekammer Rheinland-Pfalz

Ausführlich dokumentieren wir die Stellungnahmen zum Entwurf des neuen Pflegeberufegesetzes von Bundesfamilienministerin Manuela Schwesig und Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe. Das kann für die Pflege ein großer Schritt nach vorne werden. Ebenso stellen wir Fakten zum Wahlergebnis zur Vertreter-

versammlung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz zur Verfügung.

Studie von PricewaterhouseCoopers: Alte Menschen wollen Pflege anders

Die Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers (PwC) hat in einer Studie „Connected and coordinated: Personalised service delivery for the elderly“ ermittelt, welche Pflege-Bedürfnisse alte Menschen haben. Die Studie findet, dass das Gesundheitsverständnis von alten Menschen individuell sehr verschieden ist. Sie wollen vor allem trotz ihrer Handicaps so normal und selbstbestimmt wie möglich leben; sie brauchen Unterstützung, um ihr verbleibendes Potenzial möglichst gut ausschöpfen zu können. Unser Gesundheitswesen fragt alte Menschen zu wenig nach ihren individuellen Bedürfnissen. Daraus leitet PwC ab, dass ein Denken in Pflegesätzen und Fallpauschalen in diesem Sinne nicht zielführend ist.

„Menschen sind am glücklichsten, wenn sie nur in Ausnahmefällen zu Patienten werden.“ Dafür muss unser Gesundheitssystem umgestaltet werden. Zufriedenheit und Qualität müssen die entscheidenden Kategorien auch für die Bezahlung werden, so Michael Burkhardt, Leiter des Bereichs Healthcare and Pharma von PwC Deutschland.

Wissenschaftlicher Beitrag

Angelovski analysiert Chancen und Herausforderungen interkultureller Teams in der Pflege. Die Vermittlung von Deutschkenntnissen und die Anerkennung von Berufsabschlüssen der ausländischen Pflegekräfte sind nur ein erster Schritt. Angelovski analysiert als Beispiel das unterschiedliche Pflegeverständnis in verschiedenen Kulturen. Für eine gute Zusammenarbeit im Team ist interkulturelle Kompetenz nötig, vor allem im mittleren Management der Pflegeeinrichtungen. Für die Vermittlung der Schlüsselqualifikation interkulturelle Kompetenz sind Veränderungen in der Aus- und Weiterbildung nötig.

Ich wünsche Ihnen interessante Lektüre mit vielen Informationen, die Sie für Ihre Arbeit nützlich sind.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr

Professor Dr. Reinhold Roski

Herausgeber „Monitor Pflege“

INHALT

Reform der Pflegeberufe

Editorial: MoPF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

„Pflege in allen Alterstufen“

Editorial: MoPF-Chefredakteur Peter Stegmaier

„Die Generalistik ist die Antwort“

Interview mit Franz Wagner, Bundesgeschäftsführer des DBfK e.V

Nach fast einem Jahrzehnt des Ringens

Das Pflegestärkungsgesetz II soll Selbstbestimmung und Teilhabe sichern

Chance für Pflegefachfrauen und -männer

Stellungnahmen zum Pflegeberufegesetz (PflBG)

„An den Bedürfnissen alter Menschen vorbei“

PwC-Studie „Connected and coordinated: Personalised service delivery for the elderly“

Die Akzeptanz bleibt abzuwarten

ZQP-Themenreport „Vereinbarkeit von Beruf und Pflege“

Status: Pflegekammer in Rheinland-Pfalz

Infografik zur ersten Pflegekammer Deutschlands

News

11, 18, 19, 21, 23

WISSENSCHAFT

Chancen und Herausforderung interkultureller Teams in der Pflege

Dipl.-Päd. Irena Angelovski

2/4 **Herausgeber**

Prof. Dr. Reinhold Roski

Professor für Wirtschaftskommunikation im Fachbereich Informatik, Kommunikation und Wirtschaft der Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin.



6

Herausgeber-Beirat

Wissenschaftlicher Beirat

12

14

Univ.-Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik

Universität Witten Herdecke



20

Dipl.-Volksw. Nadine-Michèle Szezan

AOK-Bundesverband



22

24

Franz Wagner MSc, RbP,

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



Andreas Westerfellhaus RbP

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



26

Praxis-Beirat

Harm van Maanen

Geschäftsleitung DPT



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

Impressum Monitor Pflege

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

2. Jahrgang/ISSN 2364-0308

Verlags-/Erscheinungsort
Bonn, Bundesrepublik Deutschland

Verlag
eRelation AG - Content in Health
Vorstand: Peter Stegmaier
Kölstr. 119, 53111 Bonn
www.ereRelation.org
mail@ereRelation.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
WIRMachenDRUCK GmbH
Mühlbachstr. 7
71522 Backnang
Deutschland
Printed in Germany

Urheber- und Verlagsrecht
Die Zeitschrift und alle in ihr
enthaltenen einzelnen Beiträge
und Abbildungen sind urheber-
rechtlich geschützt. Mit Annahme
des Manuskripts gehen das Recht
zur Veröffentlichung sowie die

Rechte zur Übersetzung, zur
Vergabe von Nachdruckrechten,
zur elektronischen Speicherung
in Datenbanken, zur Herstellung
von Sonderdrucken, Fotokopien
und Mikrokopien an den Verlag
über. Jede Verwertung außerhalb
der durch das Urheberrechtsgesetz
festgelegten Grenzen ist ohne
Zustimmung des Verlags unzulässig.
In der unaufgeforderten Zusendung
von Beiträgen und Informationen
an den Verlag liegt das jederzeit
widerrufliche Einverständnis, die
zugesandten Beiträge bzw. Infor-
mationen in Datenbanken einzu-
stellen, die vom Verlag oder Dritten
geführt werden.



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

„Pflege in allen Altersstufen“

>> *Gesetze bilden nun einmal die Basis jedweden gesellschaftlichen Zusammenlebens. Daher müssen sie wohl durchdacht, konsistent und vor allem verlässlich sein. Es genügt eben nicht, eine Arbeitsgruppe oder einen Expertenbeirat zu installieren und schwupps, fertig ist die Reform; noch dazu in einem Bereich wie jenen der Gesundheit oder speziell der Pflege, der so interdependär mit anderen Bereichen und Sektoren verbunden ist. Es wundert darum wenig, dass hier Reformen lange, sehr lange dauern. So tagte bereits am 13. November 2006 erstmals der wissenschaftliche Beirat zur Reformierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs – durch den Kabinettsbeschluss zum **Pflegestärkungsgesetz II** vom 12. August 2015 und dem Beschluss des Bundestages am 13. November 2015 wurde er Realität. Immerhin neun Jahre hat das Ganze gedauert.*

> S. 12 f.

*Auch die Gesetze über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) und die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) haben eine ähnlich lange Historie. Das AltPflG wurde am 25. August 2003 rechtskräftig, während das KrPflG am 1. Januar 2004 in Kraft trat. Doch nun wird es durch den „recht neuen“ Gedanken der Generalistik – der Deutsche Caritasverband hat erst 2002 und dann 2010 gemeinsam mit der Diakonie sowie den angeschlossenen Fachverbänden der Altenhilfe (VKAD und DEVAP) und der Krankenhäuser (KKVD und DEKV) Anforderungen an die generalistische Pflegeausbildung formuliert – nötig, ein für alle Ausbildungs- und Tätigkeitsbereiche der Pflege gültiges **Pflegeberufegesetz, kurz PflBG**, auf den Weg zu bringen. Auch das ist eine Arbeit, die seine Zeit braucht; auch wenn sicher zu Recht gefragt werden darf: **Muss es denn gleich soviel Zeit sein?** Nach dem am 1.3.2012 veröffentlichten Eckpunktepapier zum PflBG hat es immerhin fast zweieinhalb Jahre gedauert, bis die damit befasste Bund-Länder-Arbeitsgruppe einen entsprechenden Arbeitsentwurf (1.6.2015) auf den Tisch legen konnte, der nach Veröffentlichung eines Forschungsgutachten zur Finanzierung eines neuen Pflegeberufegesetzes (2013) durch einen Referentenentwurf vom 26.11.2015 spezifiziert wurde. Nach einer Verbände-Fachanhörung (11.12.2015) fand dieser mit einigen Änderungen in Form eines Kabinettsentwurfs am 13.01.2016 Eingang in den gesetzgebenden Prozess, der uns wohl so ziemlich das ganze Jahr 2016 begleiten wird. Die Finanzierungsregelungen sollen dann ab 1. Januar 2017 in Kraft treten, das Gesetz als solches am 1. Januar 2018. 14 Jahre gingen dann ins Land. Viel Zeit für Lobbyisten aller Couleur, spezifische Änderungswünsche anzubringen.*

> S. 14 f.

Doch kann niemand sagen, die Verantwortlichen hätten etwas über den Zaun gebrochen, gar geschludert oder sich die Jugendphrase „Nachdenken ist wie Googeln – nur krasser“ zu Eigen gemacht. Wer sich 9, respektive 14 Jahre Zeit nimmt, lässt erkennen, dass das grundlegende Problem wohl durchdacht und final gelöst werden will. So ist es auch kein Wunder, dass zum jetzigen Zeitpunkt die zum Pflegeberufegesetz eigentlich dazugehörige (ja bedingende) Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, die die bisher gültigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV – 10. November 2003) und jene der Altenpflege (AltPflAPrV – 26. November 2002) ersetzen soll, nicht vorliegt. Auch hier will gut Ding eben Weile haben.

> S. 6 ff.

Wer so denkt, muss aber auch verstehen, dass die professionell Pflegenden auf die Barrikaden gehen und endlich wissen wollen, wie es mit ihrer Profession weitergeht. Aber auch die Sorgen der Arbeitgeber und Schulen sind verständlich, die vor einem wahren Paradigmenwechsel stehen. Denn eigentlich wird mit dem neuen Gesetz weit mehr getan als nur eine hochschulische und dabei generalistische Ausbildung einzuführen, die im europäischen, aber besonders dem Qualitäts-Kontext dringend angesagt ist. Künftig wird die Pflegeausbildung – das ist vielleicht die wichtigste Änderung, die signalhaft auf das gesamte Gesundheitssystem ausstrahlen kann – nicht mehr wie früher an der biografischen und institutionellen Dimension der Pflege ausgerichtet, sondern vor allem an der institutionsübergreifenden, qualitativen sowie der kausalen Dimension der Pflege.

Dies folgt in etwa dem im „Pflegen“, einem Lehrbuch für die generalistische Ausbildung aus dem Elsevier-Verlag (Urban & Fischer) eingeführten Modell der sieben Dimensionen der Pflege. Dort ist zu lesen: „Bei der Einschätzung, die generalistische Ausbildung führe nun die Altenpflege, die Krankenpflege und die Kinderkrankenpflege zusammen, bzw. schaffe diese Ausbildung ab, handelt es sich um eine nicht ungefährliche Fehleinschätzung. Das Pflegeberufegesetz bezieht sich nicht nur auf die biografische Dimension der Pflege, also auf die Frage, wann, d.h. in welchem Lebensalter und welcher Lebenssituation Menschen gepflegt werden. Im Gegenteil: Man kann sogar mit Blick auf § 5 Ausbildungsziel behaupten, dass nun jeder Pflegeschüler die Altenpflege und die Kinderkrankenpflege erlernen muss: Pflege in allen Altersstufen.“ <<

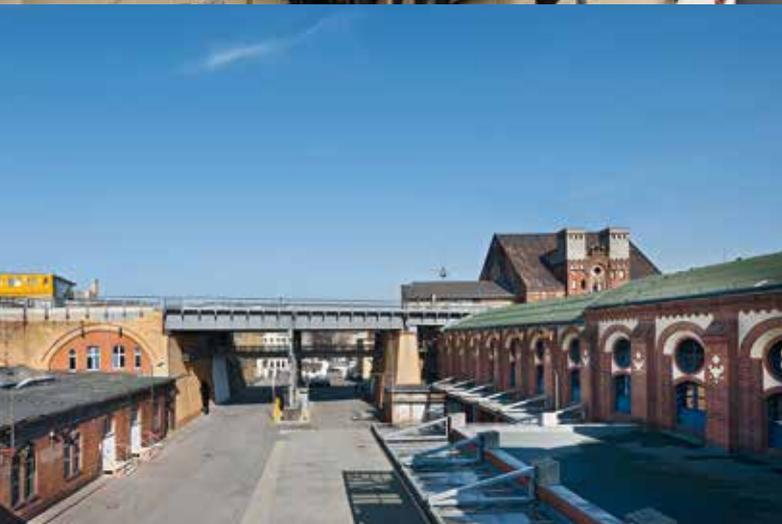
Ihr

Peter Stegmaier,
 Chefredakteur „Monitor Pflege“



Link zum MVF-Kongress

Dieser QR-Code führt Sie direkt zum Internetportal von „Monitor Versorgungsforschung“ (www.m-vf.de) und dort auf die Seiten des MVF-Kongresses „Innovation 2016“, den ich Ihnen hiermit ans Herz legen möchte, da besonders die Pflege vom Innovationsfonds profitieren könnte, wenn es denn entsprechende Anträge gäbe! www.monitor-versorgungsforschung.de/willkommen/kongresse/Innofonds_2016



Die zentrale Veranstaltung der Pflegebranche:

DEUTSCHER PFLEGETAG 2016 – GEMEINSAM FÜR DIE ZUKUNFT DER PFLEGE

10. – 12. MÄRZ 2016
STATION BERLIN (GLEISDREIECK)

Alle Infos und Anmeldung:
www.deutscher-pflegetag.de

JETZT TICKETS SICHERN!

Interview mit Franz Wagner, MSc, Bundesgeschäftsführer des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) e.V.

„Die Generalistik ist die Antwort“

Franz Wagner ist von seiner Ausbildung her mit Herz und Seele Gesundheits- und Krankenpfleger. Nach diversen Weiterbildungen zu Intensivpflege, Stationsleitung und als Lehrer für Pflegeberufe hat er ein Master-Studium „Pflege und Gesundheitswissenschaften“ angeschlossen, war zu erst als Krankenpfleger in Bereichen Psychiatrie und Intensivpflege, dann als Lehrer für Pflegeberufe am Klinikum Nürnberg tätig, bevor er 1999 Bundesgeschäftsführer des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) e.V. und 2006 Vize-Präsident des Deutschen Pflegerats wurde. Als solcher vertritt er die deutsche Pflege auch international und ist vehementer Verfechter der Pflegekammer sowie der generalistischen Ausbildung.

>> Nach dem Pflegestärkungsgesetz 1 (PSG 1) und dem Pflegestärkungsgesetz 2 (PSG 2) kommt nun das Pflegeberufgesetz. Warum ist dieser Gesetzesreformreigen für die Pflege ein Fortschritt.

Wir haben jahrelang darauf hingearbeitet, dass die Politik diese Gesetze endlich auf den Weg bringt. Das macht man nicht einfach so, sondern erfordert von allen Beteiligten eine lange Vor- und Entwicklungsarbeit. So hat beispielsweise der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe ein Bildungskonzept entwickelt, das sowohl die im Pflegeberufgesetz eingeführte Generalistik, als auch die hochschulische Erstausbildung fokussiert hat.

Die gibt es doch bisher auch schon.

Sicher, doch nur in Modellprojekten. Wichtig ist, dass sowohl die Generalistik, als auch die hochschulische Erstausbildung regelhaft eingeführt werden. Das waren zwei wichtige Punkte, die auf unserer politischen Agenda standen und nun den Weg ins Gesetz gefunden haben.

Warum ist Ihnen das so wichtig?

Vor allem aus Patientensicht ist mir das wichtig. Die Klienten, die im Pflegeheim oder im Krankenhaus betreut werden, haben sich im Vergleich zu früher verändert. Wir haben überall einen hohen Anteil von demenzkranken Menschen, einen ebenso hohen Anteil von Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen. Und immer mehr Menschen, die aus dem Krankenhaus direkt ins Pflegeheim gehen müssen, weil sie nach einer Behandlung, nach einer Operation oder auch nach einem Sturz entweder überhaupt nicht oder zumindest vorübergehend nicht mehr selbstständig leben können. Man kann durchaus sagen, dass sich die Unterschiede bei den Versorgungsbedarfen zwischen den Versorgungssektoren nivelliert haben.

Damit kann es doch auch die frühere, strenge Trennung und ebenso große Unterschiede der pflegerischen Aufgaben in den verschiedenen Sektoren nicht mehr geben.

Eben. Und weil es die nicht mehr gibt, braucht die Pflege sowohl die generalistische, als auch die hochschulische Ausbildung, die aus unserer Sicht die Antwort auf die sich deutlich verändernden und komplexeren Anforderungen an die Pflegeberufe sind. Das spiegelt

auch der Fakt wieder, dass vor allem die Altenpflege und die Gesundheits- und Krankenpflege eine wesentlich größere Schnittmenge als noch vor 15 oder 20 Jahren haben.

Es sind aber gerade die Alten- und die Kinderkrankenpfleger, die gegen die Generalistik argumentieren.

Einspruch. Der Berufsverband der Kinderkrankenpflege ist Mitglied des Deutschen Pflegerats und trägt die Beschlusslage mit der Forderung nach einer generalistischen Ausbildung mit Schwerpunktbildung voll mit.

Das tun zum Beispiel die pädiatrisch Pflegenden nicht, auch nicht die Altenpfleger.

In der Altenpflege wehren sich vor allem die Träger der Altenhilfeeinrichtungen und die Altenpflegeschulen gegen die generalistische Ausbildung. Und in der Kinderkrankenpflege hört man vor allem die Pädiater ihren Einspruch rufen.

Haben diese Gruppen verstanden, was Generalistik bedeutet?

Das möchte ich zumindest zum Teil bezweifeln. Oft hat man aber auch das Gefühl, dass viele, die sich hier zu Wort melden, ein großes Interesse daran haben, Veränderungen grundsätzlich möglichst zu vermeiden.

Weil Veränderungen mit dem Verlust des Gewohnten zu tun haben?

Und auch mit dem Verlust von Vorteilen. Das heutige Altenpflegegesetz lässt es beispielsweise zu, dass eine Schülerin fast die gesamte praktische Ausbildungszeit in einer einzigen Einrichtung verbringt. Es ist

dabei egal, wie groß diese Einrichtung ist. Es kann also durchaus sein, dass eine Altenpflegeschülerin lege artis ihre fast drei Jahre dauernde praktische Ausbildung in einer Altenpflegeeinrichtung absolviert, die nur wenige Wohneinheiten hat; und wenn sie dann noch einen kurzen Einsatz in der ambulanten Pflege macht, ist sie fertig ausgebildet. Vergleichbar ist es in der Ausbildung bei einem kleinen ambulanten Pflegedienst. Wir haben die Sorge, dass Schüler zu früh allein und selbstständig eingesetzt werden. Doch mit dem neuen Gesetz ist das so nicht mehr möglich; was nichts anderes heißt, als dass das Potenzial, Schülerinnen als Arbeitskraft einzusetzen, drastisch abnimmt.

.....
„Die hochschulische Ausbildung ist aus unserer Sicht die Antwort auf die sich deutlich verändernden Anforderungen an die Pflegeberufe.“
.....

Und was passiert bei den Altenpflegeschulen?

Die haben oft die Angst, ob eine Schule überhaupt noch in der Lage sein wird, die neue Ausbildung mit den unterschiedlichen Facheinsätzen in der praktischen Ausbildung anzubieten. Die Sorge ist nicht ganz von der Hand zu weisen. Denn es sind auch schon nach dem heute geltenden Krankenpflegegesetz die Anforderungen an die Lehrerqualifikation und die Schulleitung von Krankenpflegeschulen deutlich höher als die nach Altenpflegegesetz.

Wie soll es denn da je einen vergleichbar hohen und vor allem einheitlichen professionellen Ausbildungsstandard geben?

Das ist sicher nicht immer ganz einfach, aber machbar. Wenn jemand künftig Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner ausbilden möchte, muss dieser eine definierte pflegerische sowie pädagogische Qualifikation vorweisen. Vor allem sehr kleine Altenpflegeschulen tun sich da schwer. Allerdings haben sich etliche Altenpflegeschulen schon längst auf den Weg gemacht, sich auf die generalistische Ausbildung vorzubereiten. Diese Schulen zeigen, dass es geht.

Damit stehen der Pflegeausbildung alleine deshalb große Veränderungen ins Haus.

Richtig. Darum kann ich die Sorge von Mitarbeitern einiger Altenpflegeschulen um den eigenen Arbeitsplatz durchaus nachvollziehen. Aber das Gesetz sieht großzügige Übergangsregelungen vor. Doch ebenso bin ich davon überzeugt, dass weder das Verwertungsinteresse von Schülerinnen als Arbeitskräfte noch die Bewahrung einer tradierten Bildungsstruktur primär die Diskussion bestimmen sollte, welche Qualifikation die Gesamtheit aller Pflegeberufe aufweisen muss, um den vielfältigen und immer weiter wachsenden Anforderungen der Zukunft nachkommen zu können.

Mit Sicherheit nicht, denn damit wird quasi das Pferd von hinten aufgezäumt.

Vor allem aber wird das nicht funktionieren, wenn man Zukunft mit einem rückwärtsgewandten Blick gestalten will. Was dabei vergessen wird ist, dass wir auch ohne Generalistik eine Reform von Altenpflegegesetz und Krankenpflegegesetz brauchen würden. Doch wird heute die politische Diskussion dominiert vom Blick zurück.

Aber ebenso von quasi mathematischen Missverständnissen. Wer sich nur oberflächlich mit dem Thema Generalistik beschäftigt, dem wird

nicht klar werden, wie man drei unterschiedliche Ausbildungen, die jede für sich drei Jahre dauert, in ebenso viele Jahre packen kann.

3 plus 3 plus 3 macht 9 und nicht 3, nicht wahr? So argumentieren einige Kritiker der Generalistik, die anführen, dass man drei Ausbildungen, für die man bisher zusammen neun Jahre gebraucht hat, nicht in drei Jahren machen kann. Aber auch, dass Pflegepersonal, das so ausgebildet wird, nur oberflächlich qualifiziert und eigentlich gar nicht arbeitsfähig sein werde. Doch auch diese Argumentation ist unsinnig. Wer so denkt, übersieht, dass die Überschneidung vor allem in der theoretischen Ausbildung der drei bisherigen Ausbildungen enorm hoch ist, nach Aussage von Experten etwa 90 Prozent. Sicher gibt es je nach Ausbildung unterschiedliche Schwerpunkte vor allem in der Praxis. Doch haben wir inzwischen eine andere Vorstellung davon, wie eine moderne Berufsqualifizierung funktionieren sollte. Und auch hier zeigen die Schulen, die seit Jahren generalistisch ausbilden, dass es geht.

Und wie?

Man muss heute eher Prinzipien verstehen, Konzepte umsetzen können und eher exemplarisch lehren und lernen. Früher war Ausbildung vor allem das Erlernen von Verrichtungen.

Doch macht nicht gerade die Praxis den Unterschied in den drei Ausbildungen aus?

Früher schon. Doch heute muss man mehr die grundlegenden Prinzipien verstehen, statt möglichst viele Anwendungsbeispiele dieser Prinzipien in der Praxis zu lernen. Das soll nun nicht heißen, dass Praxis damit unwichtig ist! Doch können die speziellen, fach- oder einrichtungstypischen Inhalte durchaus auch zu einem späteren Vertiefungs-Zeitpunkt erworben werden. Es ist doch erst mal egal, ob ein Mensch, der Schmerzen hat, in einem Alters- oder Pflegeheim oder einem Krankenhaus die jeweils adäquate Pflege benötigt. In jedem Fall muss die für die Pflege verantwortliche Person die Kasuistik entlang pflegerischer und ggf. medizinischer Systematiken sowie evidenzorientierter Prinzipien und Konzepte entwickeln.

Erst dieses systematische Vorgehen schafft doch auch eine vergleichbare Qualität.

Genau. Probleme mit der Versorgung gibt es nicht oder zumindest weniger, wenn jeder begründen kann, worauf es ankommt. Das beginnt beim Assessment und endet bei den pflegerischen oder vom Arzt vorgegebenen Behandlungsstrategien, die wiederum bestimmte Interventi-



onsmöglichkeiten auslösen.

Das scheint hochkomplex zu sein.

Ist es auch. Schon heute ist gerade in der Gesundheits- und Krankenpflege das zu vermittelnde Lehrspektrum sehr breit, was nichts anderes bedeutet, als dass man vieles nur exemplarisch lernen kann. Man kann weder heute noch in Zukunft erwarten, dass jemand am Ende seiner dreijährigen Ausbildung am nächsten Tag z. B. in einer herzchirurgischen Station eingesetzt werden kann und sich mit allem perfekt auskennt. Man lehrt und lernt die Grundlagen, doch die Spezifika werden immer in der Arbeit vor Ort und am Klienten erfolgen müssen. Diese Einarbeitung dauert nicht etwa ein oder zwei Wochen, sondern Monate bis hin zu einem Jahr.

Wenn man sich das alles vergegenwärtigt, wird deutlich, dass diese Veränderung, die mit der Gesetzesreform intendiert wird, längst überfällig ist. Gibt es hierbei Bundesländer, die eher Pro oder Kontra sind?

Nach meinem Eindruck unterstützen die Bundesländer in großer Mehrheit die grundlegenden Veränderungen im Gesetzentwurf.

Und wie steht es im Bundesland Bayern (siehe „Monitor Pflege“ 04/15), das doch so oft Sonderwege einzuschlagen bereit ist?

Die bayerische Gesundheitsministerin Huml ist für die generalistische Ausbildung. Auch die baden-württembergische Sozialministerin Altpeter, selbst ausgebildete Altenpflegerin, ist für die generalistische Ausbildung. Die einzige wirkliche Gegnerin der generalistischen Ausbildung auf Landesebene ist die Gesundheitsministerin von Nordrhein-Westfalen, Steffens. Sie scheint absolut davon überzeugt zu sein, dass eine eigenständige Altenpflegeausbildung notwendig ist.

Wie lauten ihre Gegenargumente?

Wenn ich das richtig verstehe, treibt Ministerin Steffens vor allem die Sorge, dass die Altenpflege durch die Auswirkung der Generalistik einen quantitativen Einbruch erleben könnte.

Ist ihre Sorge begründet?

Dieses Argument wird zumindest dadurch gestützt, dass in der Altenpflegeausbildung niedrigere Bildungsvoraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung verlangt werden als in der Kranken- und Kinderkrankenpflege. Die neue Ausbildung wird sicher anspruchsvoller. Die Sorge ist zudem, dass, wenn alle Pflegeschüler die gleiche Ausbildung durchlaufen, die Altenheime mit den Krankenhäusern in einen Wettbewerb um die Besten eintreten, wobei die Krankenhäuser das zukünftig generalistisch ausgebildete Pflegepersonal wesentlich stärker als die Alten- und Pflegeheime anziehen würden.

Das klingt doch absolut plausibel.

Aber nur, wenn man den Faktor Mensch außer Acht lässt. Pflegende haben, das deckt sich übrigens durchaus mit meinen eigenen Erfahrungen, eine ausgeprägte Neigung für bestimmte Bereiche. Ich zum Beispiel war immer ein internistischer Krankenpfleger. Ich wollte nie

in der Chirurgie tätig sein.

Das geht sicher anderen Pflegenden ähnlich.

Mit Sicherheit. Jeder hat seine persönlichen Präferenzen, Wünsche oder auch Aversionen, die sich mit den Jahren auch verändern. So ist es heute so, dass etwa ein Drittel der Pflegefachpersonen in den Pflegeheimen eine Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege hat. Auch das ist ein Argument dagegen, dass künftig die generalistisch Ausgebildeten alle ins Krankenhaus abwandern werden. Eine generalistische Ausbildung eröffnet ein breiteres Tätigkeitsspektrum im Lauf der Berufskarriere und macht deshalb den Beruf attraktiver.

Hat das nicht auch mit den Umfeldern zu tun, die die Arbeitgeber bilden?

Sicher. Die Wahl des Arbeitsplatzes wird stark davon beeinflusst werden, wie attraktiv dieser ausgestaltet ist, welche Aufstiegsmöglichkeiten der Einzelne hat, wie das Team funktioniert, wie der Personalschlüssel aussieht und vieles andere mehr. Das ist auch eine Führungsfrage, weniger eine der Vergütung.

Aber es stimmt doch, dass die Generalistik an sich einen verstärkten Wettbewerb um gute Kräfte nach sich ziehen wird.

Natürlich. Den haben wir aber auch heute schon. Ich finde das positiv. Ich finde es auch falsch, mit dem Schielen auf Bewerberzahlen die Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildung zu senken. Wir müssen besser abgestimmte Wege der Qualifizierung auch unterhalb der Ebene dreijährige Ausbildung finden, die zugleich Durchlässigkeit nach oben schaffen. Wir erleben schon heute, dass aufgrund des real existenten Pflegepersonalmangels in Krankenhäusern vereinzelt Altenpflegerinnen eingestellt werden. Aber nicht mehr nur in geriatrischen oder gerontopsychiatrischen Stationen, sondern auch in anderen Abteilungen. Ein solches Vorgehen halte ich persönlich aufgrund der derzeitigen Ausbildungs-Disparität nicht nur deshalb für unverantwortlich, weil die so eingesetzten Pflegefachpersonen überfordert sind, dadurch die Patienten gefährdet werden und die Krankenhäuser Qualitäts- und Haftungsrisiken eingehen.

.....
„Eine generalistische Ausbildung eröffnet ein breiteres Tätigkeitsspektrum im Laufe der Berufskarriere und macht deshalb den Beruf attraktiver.“
.....

Muss denn Wettbewerb immer schlecht sein?

Gar nicht. Wenn wir schon vermehrt Wettbewerbselemente im System haben, können sich diese durchaus positiv für die Pflegenden und auch für die Gepflegten auswirken. Das setzt aber voraus, dass sich hier die Arbeitgeber- und die Kostenträgerseite aufeinander zu bewegen und gemeinsam die entsprechenden Rahmenbedingungen und Attraktivität schaffen, die man braucht, damit möglichst viele Pflegenden in diesen Bereichen arbeiten wollen. Mit dem neuen Pflegeberufegesetz könnten nicht mehr Menschen quasi per einmal getroffener Ausbildungsentscheidung daran gehindert werden, mehr Wahlmöglichkeiten zu haben.

Wie machen das aber die Alten- und Pflegeheime?

Sie müssen attraktivere Arbeitsumfelder schaffen. Und sie bekommen die einmalige Chance, sich viel mehr Schülern und damit potenziellen Arbeitnehmern zu präsentieren als früher und haben damit auch einen

wesentlich größeren Bewerberpool als vorher. Das ist eine Chance, die es zu ergreifen gilt.

Eines der Hauptprobleme für den Pflegemangel ist doch wohl auch der Praxisschock.

Was die Leute aus dem Beruf treibt, ist weniger der sogenannte Praxisschock, sondern größtenteils unattraktive Arbeitsbedingungen, Führungsdefizite und fehlende Perspektiven. Wenn dann die (Un)-Vereinbarkeit von Familie und Beruf dazu kommt, die auch davon abhängt, wie gut und weitsichtig der Dienstplan gestaltet wird, ist der Exit vorprogrammiert. Dazu kommt noch, dass die Pflege sowohl physisch als auch psychisch alles andere als ein einfacher Beruf ist. Man hat mit Leid und Schmerz zu tun, mit existenziellen Krisen, mit Tod und Sterben und mit Angehörigen, die in irgendeiner Form damit umgehen müssen. All das sind Dinge, die in ihrer Gesamtheit eine hohe individuelle Herausforderung darstellen, bei denen Pflegenden viel zu wenig Unterstützung bekommen.

Und alles wird nicht besser, eher schlechter, hat man das Gefühl.

Wenn Pflegerinnen ihre früheren Kolleginnen treffen und sagen „Sei froh, dass du weg bist, es ist alles noch schlimmer geworden“, weiß man, dass die Rahmenbedingungen ganz dringend verändert werden müssen. Noch haben wir die Chance, unseren Beruf attraktiver zu machen und so die Menschen im Beruf zu halten und sogar zurückzugewinnen. Das muss unsere Antwort auf den Personalmangel sein.

„Die Grundproblematik ist ja nach wie vor die Unsicherheit, wie man berechnen kann, wie viel Pflege angemessen ist.“

Wird es tatsächlich immer noch schlechter?

Wir sind schon ziemlich am Boden angekommen. Viel schlechter kann es eigentlich nicht mehr werden. Andererseits kann sich vielleicht erst dann der Sinnspruch bewahrheiten, der da lautet: „Es muss erst richtig schlecht werden, bevor es wieder besser wird.“

Sehen Sie dafür Anzeichen?

Die Sachlage ist zumindest endlich in der Politik angekommen, was ja die vielfältigen Gesetzesreformen der letzten ein bis zwei Jahre zeigen. Wir reden seit Jahren davon, dass die Personalausstattung in allen Bereichen prekär ist, dass Pflegenden überlastet und überfordert sind und dass damit die Versorgungsqualität gefährdet ist. Früher hat das nie jemanden wirklich interessiert. Doch nun scheinen wir eine Extremsituation erreicht zu haben, welche die Politik weder negieren noch tolerieren kann – und darum für sie typisch darauf antwortet.

Mit mehr Geld.

Sicher. Das ist erst einmal das schnellste und einfachste. Für die Krankenhäuser wurde ein Pflegestellenförderprogramm ins Leben gerufen, dessen anfängliches 660-Millionen-Euro-Budget, verteilt auf drei Jahre, mit einem Pflegezuschlag von 500 Millionen Euro pro Jahr ergänzt wurde. Das ist schon ein Erfolg für die Pflege, auch wenn damit das Grundproblem des Personalmangels nicht aus der Welt geschaffen ist. Prof. Dr. Michael Simon von der Hochschule Hannover hat im Jahr 2015 ausgerechnet, dass im Zuge des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung alleine in den Krankenhäusern eigent-

lich 100.000 Stellen neu geschaffen werden müssten; also nicht nur jene 50.000, die im Umfeld der DRG-Einführung abgeschafft und erst in den letzten Jahren teilweise wieder geschaffen wurden.

Wer sagt denn, wie viel Pflege man tatsächlich braucht?

Keiner. Bisher. Die Grundproblematik ist ja nach wie vor die Unsicherheit, wie man berechnen kann, wie viel Pflege angemessen ist. Es gibt aber kein auf Pflegebedarfen beruhendes Personalbemessungsverfahren – in keinem der Bereiche.

Es gab doch im Jahr 2008 das Pflege-Personalregelungs-Verfahren, kurz PPR.

Das aber recht schnell gestoppt wurde, als dabei zu viele Stellen heraus kamen, das war Mitte der neunziger Jahre. Die Frage der Personalbemessung ist ein ganz aktuelles und brisantes Thema, für das das BMG im Krankenhausbereich aktuell eine Expertengruppe eingesetzt hat, die Vorschläge erarbeiten soll.

Sicherlich, weil das PSG II eine Regelung beinhaltet, dass bis 2020 ein Personalbemessungsverfahren geschaffen werden soll.

Sicher. Damit hat sich die Politik selbst unter Druck gesetzt. Nur erscheint mir der Zeitrahmen viel zu lang. Denn wir brauchen am besten schon jetzt und heute viel bessere Zahlen über das Pflegepersonal und seine Charakteristik. Wir können heutzutage nicht einmal sagen, wie und wann wie viele Pflegenden in Rente gehen. Wir wissen lediglich, dass unsere Profession einen Altersgipfel so bei etwa 45 Jahren hat. Und das in Zeiten, in denen wir sehr genau wissen, dass im Bereich Pflegebedürftigkeit ein deutlicher Anstieg an Versorgungsbedarf prognostiziert ist. All das ist politisch zwar wahrgenommen, aber von einer Umsetzung noch weit entfernt.

Dass eine Expertengruppe gute Vorschläge macht und die jahrzehntelang nicht umgesetzt werden, haben wir ja beim Pflegebedürftigkeitsbegriff gesehen.

Man muss schon einen langen Atem und eine hohe persönliche Frustrationstoleranz haben. Aber dass jetzt im Bereich Pflege auf einmal mehr Geld ausgegeben wird, zeigt doch, dass die Botschaft angekommen ist.

Und die heißt: Veränderung bedeutet mehr Geld?

Auch das. Wer gute Pflege will, muss sie finanzieren. Man bekommt nicht mehr und besser ausgebildete Pflegenden für dasselbe Gesamtbudget in das System.

Ist diese Botschaft auch bei den Kostenträgern angekommen?

Auch die Kostenträger sind der Auffassung, dass in Sachen Einsparung beim Pflegepersonal zu weit gegangen wurde. Eines der Grundprobleme im Krankenhaus ist jedoch, dass die Investitionskosten von den Bundesländern verantwortet und zu tragen sind – und dem kommen sie seit Jahren nur unzureichend nach. Bei den Vorgaben zu den Personalzahlen in Pflegeheimen gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern.

Hier könnten starke Landespflegekammern wie die erste in Rheinland-Pfalz helfen. Doch wann gibt es die Bundespflegekammer?

Es gibt unterschiedliche Meinungen. Die einen sagen, sobald es die erste Landespflegekammer gibt, müsste auch eine Bundespflegekammer ins Leben gerufen werden, wobei das für diese eine Landespflegekammer schon eine ganz große Aufgabe wäre, die sie zusätzlich schultern müsste. Andere rechnen mit einer Bundespflegekammer, wenn es in der Mehrheit der Bundesländer Pflegekammern gibt.

Nun haben wir die erste gewählte Landespflegekammer in Rheinland-Pfalz, einen Gründungsausschuss in Schleswig-Holstein und auch in Niedersachsen wird vermutlich in diesem Jahr das entsprechende Gesetz beschlossen werden.

Der Deutsche Pflegerat steht im Gespräch mit Vertretern aus diesen Bundesländern, aber auch aus anderen, in denen es konkrete Diskussionen zu Landespflegekammern gibt. Doch wie, wann und in welcher Form es tatsächlich eine Bundespflegekammer gibt, ist noch offen.

Wie könnte diese Bundespflegekammer aussehen?

Auch dafür gibt es verschiedene mögliche Modelle. Das fängt an bei einer Bundespflegekammer als Dachorganisation aller Pflegekammern, bis hin zu einem Modell in Kooperation mit den Berufsverbänden.

Und was wäre Ihr Favorit?

Wenn wir drei Landespflegekammern haben, sollten wir damit beginnen, eine Grundstruktur zu schaffen, sozusagen eine Bundespflegekammer in Gründung. Letztendlich liegt es in der Hand der dann gegründeten Landespflegekammern bzw. deren Gremien, die eine Bundespflegekammer installieren müssten. Das heißt auch in ihren Haushalten ein entsprechendes Budget einzustellen.

Könnte das nicht auch der politische Wille initiieren?

Die Bundespolitik ist da außen vor. Eine Bundespflegekammer wäre vermutlich wie auch die Bundesärztekammer keine Körperschaft öffentlichen Rechts, sondern ein eingetragener Verein oder ein nicht rechtsfähiger Verein. Inwieweit es rechtlich machbar und politisch durchsetzbar ist, auf der Bundesebene eine Bundespflegekammer als Körperschaft öffentlichen Rechts zu etablieren, kann ich nicht einschätzen.

Ist das überhaupt ausschlaggebend?

Eher nicht. Die Rechtsform ist eine Nebendiskussion. Es kommt darauf an, dass es eine Bundespflegekammer überhaupt gibt und dass sie entsprechend ausgestattet ist, um auf Bundesebene agieren zu können. Das Leistungsrecht und die Regelung der Berufsausbildung sind nun einmal auf Bundesebene verankert, darum muss sich unsere Profession auch hier stärker etablieren und zu Wort melden. Von daher gehe ich davon aus, dass das Interesse stark sein wird, eine Bundespflegekammer relativ rasch zu etablieren, um sich gemeinsam mit den Berufsorganisationen um eine bessere Gesundheitsversorgung kümmern zu können.

Wird es in jedem Bundesland eine Landespflegekammer geben?

In den Stadtstaaten sowie im Saarland wird man wohl darüber nachdenken müssen, sich über einen Staatsvertrag einer benachbarten Landespflegekammer anzuschließen. So könnte Hamburg gemeinsam mit Schleswig-Holstein eine Kammer bilden. Ich gehe nicht davon aus, dass wir

sechzehn Kammern haben werden. Grundsätzlich ist es nur eine Frage der Zeit, bis überall Kammern entstehen. Doch egal wie viele es sein werden, auf jeden Fall werden die Pflegekammern die größten Heilberufekammern sein mit deutlich mehr Mitgliedern als die Ärztekammern.

Selbst in Bayern?

Selbst in Bayern. Der dortige Pflegering ist aus meiner Sicht eine Totgeburt und auf keinen Fall ein Ersatz für eine Pflegekammer. Diese „Pflegekammer light“ ist etwas fundamental anderes, das vortäuscht, eine Form von Selbstverwaltung zu sein.

Und die auch in Bundespflegekammern keinen Platz hat.

Genau. Das fundamentale Element der Selbstverwaltung ist eben die Selbstverwaltung – und dass eine Profession selbst über ihre Geschicke entscheidet. Hier hat die Arbeitgeber- oder Trägerseite keinen Platz. Das geht so gar nicht. Das ist ein Widerspruch in sich. Von dem her halte ich diese bayerische Idee für ein vorübergehendes Phänomen. Irgendwann wird man erklären, dass das „eine ganz wichtige Vorstufe“ gewesen sei und nun die Bayern, da alle anderen Bundesländer ihre Kinderkrankheiten hinter sich haben, die beste aller Pflegekammern schaffen werden. Davon bin ich fest überzeugt.

Ein großer Fortschritt für die Pflege ist auch der Deutsche Pflegetag, der vom 10. bis 12. März in Berlin stattfindet.

In seiner Gesamtheit ist er schon ein sehr wichtiges Signal in die Gesellschaft hinein. Auch dass wir dieses Jahr ein Pflegecockpit veranstalten in dem die pflegepolitischen Sprecher der Bundestagsfraktionen untereinander und mit den Kongressteilnehmern diskutieren werden. Ein Programmblock, der mir sehr am Herzen liegt, ist die Gesundheitsversorgung von Menschen mit den besonderen Versorgungsbedarfen, Gruppen die wir leicht übersehen. So z.B. obdachlose Menschen, alte, ältere und hochaltrige Schwule und Lesben oder Geschwister chronisch kranker Kinder.

Warum ist das so besonders?

Die Pflege nimmt für sich in Anspruch, hoch individualisiert auf den einzelnen Menschen einzugehen. Das ist immer eine Herausforderung, weil die Menschen nun einmal sehr unterschiedlich sind. Aber es gibt immer Bereiche oder Gruppen von Menschen, deren Bedürfnisse und Bedarfe wir allzu schnell völlig übersehen. Darauf zu achten, auch das ist ein Aspekt, der für mich den Geist des Deutschen Pflegetags ausmacht, nicht nur dass Tausende von Pflegenden kommen und allein damit ein Zeichen setzen. Es ist auch ein Zeichen, dass Bundesminister Hermann Gröhe die Schirmherrschaft übernommen hat.

Und wer kommt 2017? Die Kanzlerin? Der Bundespräsident?

Es gibt viele Optionen für die Zukunft. Wir haben für die kommenden Pflegetage noch eine gute Auswahl und ebenso ein Steigerungspotenzial. Wenn man europäisch oder international denkt, umso mehr.

Herr Wagner, danke für das Interview. <<

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

Leitfaden Demenz der Seniorenstift Gesellschaft

>> Mit welchen Methoden und Lösungen das Zusammenleben mit Demenzerkrankten für Angehörige am besten gelingt, wissen Experten von Pflegeeinrichtungen mit einem hohen Anteil an Bewohnern mit Demenz am besten. Dieses Wissen geben sie nun in Form eines Leitfadens weiter. Mit etwa 1,5 Millionen Betroffenen allein in Deutschland und jährlich 300.000 Neuerkrankten hat Demenz eine große gesellschaftliche Bedeutung.

Der „Leitfaden für Angehörige von Menschen mit Demenz in der häuslichen Umgebung“ gibt viele praktische Tipps für das Zusammenleben. Die Tipps stehen allen Interessierten kostenfrei zur Verfügung. Herausgeber ist die Deutsche Seniorenstift Gesellschaft (DSG), die bundesweit 19 Pflegeeinrichtungen mit integrierten Bereichen für Menschen mit Demenz und einen ambulanten Pflegedienst betreibt.

Die Demenz eines Familienmitglieds ist eine enorme Herausforderung für die Angehörigen, da sie den Wesenskern der Person verändert. In der Folge kommt es zu herausfordernden Verhaltensweisen, von denen das unerwünschte Verlassen der Wohnung nur eine der bekannteren ist. Weitere Schwierigkeiten ergeben sich aus der Veränderung der sprachlichen Kompetenz bei dem Betroffenen, dem Angehörige mit kommunikativen Strategien angemessen begegnen können.

Der Leitfaden erläutert die Verhaltensweisen, trägt zum besseren Verständnis bei und zeigt, wie Angehörige mit der jeweiligen Situation besser umgehen können. Hilfestellungen für den sprachlichen und nicht-sprachlichen Austausch bieten Unterstützung beim menschlichen Zugang. Weitere Kapitel widmen sich etwa

der demenzgerechten Wohnraumgestaltung sowie der Frage, was bei Versicherungen zu beachten ist. Nicht zuletzt geht es aber auch um Belastungsgrenzen für betreuende Angehörige und deren Unterstützungsmöglichkeiten.

Kostenloser Leitfaden-Download: www.deutsche-seniorenstift.de/demenzleitfaden.php <<

dip führt die Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW durch

>> Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) führt im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) die Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW durch. Ziel ist u.a., den Fachkräftebedarf in den Pflege- und Gesundheitsfachberufen in NRW zu erfassen.

In diesem Jahr liegt der Schwerpunkt der Studie neben der Personal- und Beschäftigungssituation auf der Erfassung der Auswirkungen des sogenannten Umlageverfahrens im Rahmen der Altenpflegeausbildung. Ein weiterer Aspekt ist die Analyse der Ausbildungs- und Beschäftigungssituation in der Physiotherapie, der Ergotherapie, der Hebammenkunde sowie der Logopädie. Die Befragungen zur Landesbericht-

„Pflege Update – Fachlichkeit im Fokus“

>> Der DBfK bietet Pflegefachpersonen aus der ambulanten und stationären Pflege auch im Jahr 2016 wieder die Fachtagung „Pflege Update – Fachlichkeit im Fokus“ an.

Im Update 1 werden die Teilnehmer auf den aktuellen Stand zum Pflegeberufsgesetz gebracht. Das Update 2 gibt einen Überblick

über das Neue Begutachtungs-Assessments (NBA) und zeigt auf, wie sich Pflegedienste und -einrichtungen auf das neue System vorbereiten können.

Die Veranstaltungen finden am 11. Februar im FZH Vahrenwald in Hannover und 03. März in der Bayerischen Pflegeakademie in München statt. <<

erstattung Gesundheitsberufe NRW 2015 werden in zwei Wellen im Januar und Mai dieses Jahres durchgeführt.

Im ersten Teil der Befragung geht es um die Personalsituation in ambulanten Diensten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie in den Krankenhäusern in NRW. Ebenfalls soll erhoben werden, wie aktuelle Entwicklungen im Gesundheitswesen von den Experten vor Ort beurteilt werden. Dazu werden ab Mitte Januar rund 5.500 Einrichtungen in NRW angeschrieben. Der zweite Teil der Befragung widmet sich den Schulen und Ausbildungsstätten und erhebt die Berufsperspektiven der Pflege- und Gesundheitsfachberufe. Die zweite Welle der Befragung ist für den Mai 2016 geplant.

„Wir brauchen die Daten und Einschätzung der Praktiker vor

Ort. Nur so können wir die notwendigen Kennzahlen für die Unternehmen und die Politik zusammenstellen“, so Prof. Michael Isfort, Leiter der Studie.

Die Studie wird von zahlreichen Verbänden, u.a. den Verbänden privater Einrichtungen (bpa, LfK), dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), großen Wohlfahrtsverbänden, dem Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe e.V. (BLGS), der Krankenhausgesellschaft NRW und Interessensvertretungen (Pflegerat NRW) unterstützt. Der Bericht zur Landesberichterstattung soll vom MGEPA im Herbst 2016 veröffentlicht werden.

Einrichtungen, die postalisch nicht erreicht wurden, können die Unterlagen direkt beim dip anfordern. <<

Bundeskongress Gender-Gesundheit 2016

>> Der Bundeskongress Gender-Gesundheit 2016, seit Jahren veranstaltet von Präsidentin und Organisatorin Dr. Martina Klopfer, findet am 12. und 13. Mai in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften am Gendarmenmarkt statt.

Der 4. Bundeskongress, unter Schirmherrschaft des Berliner Gesundheitssenators Mario Czaja, wird nach der konkreten Umset-

zung einer geschlechtersensiblen Versorgung fragen, wie sie im Koalitionsvertrag und im Präventionsgesetz seitens der aktuellen Regierungskoalition angemahnt bzw. in Aussicht gestellt werden.

Weitere Informationen und Anmelde-möglichkeiten finden Sie unter: <http://www.bundeskongress-gender-gesundheit.de/kongress-2016/anmeldung-programm/?logout=1> <<

Innovationsfonds 2016

>> Der 6. Fachkongress von „Monitor Versorgungsforschung“ (MVf) findet am 8.3. in Berlin statt: Thema: Innovationsfonds 2016. Anmeldungen bitte auf: www.m-vf.de <<

News

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

Das Pflegestärkungsgesetz II soll Selbstbestimmung und Teilhabe sichern

Nach fast einem Jahrzehnt des Ringens

Am 13. November 2006 tagte erstmals der wissenschaftliche Beirat zur Reformierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Neun Jahre später ist der „Meilenstein für eine bessere Versorgung“ in Form seiner neuen Definition laut Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe nicht mehr nur Wunschenken, sondern durch den Kabinettsbeschluss vom 12. August 2015 und dem Beschluss des Bundestages am 13. November Realität.

>> „Mit der Beschlussfassung des Pflegestärkungsgesetzes II sorgen wir dafür, dass die individuelle Pflegebedürftigkeit besser erfasst wird“, stellte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe am 13. November 2015 in seiner Bundestagsrede fest. Derzeit rund 2,5 Mio Pflegebedürftige, deren Zahl laut Statistischem Bundesamt im Jahr 2030 auf 3,4 Mio anwachsen wird, sollen demnach individuelle Betreuung erfahren. Dies manifestiere sich, so Gröhe, in der neuen Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes, der nicht wie bisher nur körperliche Einschränkungen berücksichtige, sondern nunmehr auch kognitive und psychische Beeinträchtigungen miteinbeziehe. Besonders die steigende Anzahl der Menschen mit einer demenziellen Erkrankung werde somit generell zu den Leistungsbeziehern gehören, was bisher nur rudimentär der Fall ist.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird verbandsübergreifend begrüßt. So werde die Pflegeversicherung dadurch auf ein „neues Fundament gestellt“, meint Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pflegerates. Auch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) sieht darin einen notwendigen Paradigmenwechsel, während Vdk-Präsidentin Ulrike Mascher das Gesetz grundsätzlich als Fortschritt bewertet, jedoch noch Nachbesserungsbedarf sieht.

Mit diesem Pflegebedürftigkeitsbegriff verbindet sich das neu ausgerichtete Begutachtungssystem

(Neues Begutachtungssystem NBA), das nach wie vor durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) durchgeführt werden soll. Es orientiert sich an sechs Merkmalen, die messen sollen, wie groß die Selbstständigkeit des Betroffenen ist. Aus der Gesamtbewertung der Begutachtung ergibt sich schließlich die Einstufung in einen der fünf Pflegegrade, die das frühere System der drei Pflegestufen ablösen sollen, um eine bessere Differenzierbarkeit der Hilfebedürftigen zu ermöglichen.

Gröhe weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Unterstützung künftig früher ansetze, sodass Menschen, die noch keinen erheblichen Betreuungsbedarf haben und nach dem Pflegestufenmodell keinen Anspruch auf Leistungen hätten aber bspw. eine Pflegeberatung, eine Anpassung des Wohnumfeldes oder Leistungen der allgemeinen Betreuung benötigen, in Pflegegrad 1 eingestuft werden. Die Bundesregierung rechnet in den kommenden Jahren dadurch mit zusätzlich 500.000 Anspruchsberechtigten.

Die BAGFW begrüßt diese Systemumstellung, da diese darauf abziele, die Mobilität und Selbstständigkeit der Menschen von Beginn an zu stärken, um progressiver Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich Vorschub zu leisten. Auch Jens Kaffenberger, Geschäftsführer des Sozialverbandes VdK, freut sich, dass die Hilfe nun früher ansetzt und nicht erst, „wenn das Kind in den Brunnen

gefallen ist.“ Mit dem PSG II werde somit der Grundsatz „Reha vor Pflege“ gestärkt, den auch Gröhe für essentiell hält. „Reha ist bei vielen noch die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit“, doch dass ältere Menschen durch Rehabilitationsmaßnahmen länger selbständig und selbstbestimmt ihr Leben gestalten könnten, sei noch nicht „in den Köpfen“, merkte Gröhe in seiner Rede im Bundestag an.

Im Bezug auf diese Maßnahmen sieht Achim Schäfer, Vorsitzender der Fachgruppe Rehabilitation des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V., allerdings Nachbesserungsbedarf, da die Krankenkassen die Rehabilitationsmaßnahmen zwar bezahlten, die Pflegekassen allerdings davon profitierten. Daher erfolgten Genehmigungen von Reha-Maßnahmen nur zögerlich. „Die Entscheidung darüber, ob eine Rehabilitation angezeigt und sinnvoll ist, muss der behandelnde Arzt – ob in Klinik oder Praxis – treffen und nicht die Krankenkasse nach Aktenlage“, so Schäfer. Es solle „über einen Finanztransfer von der Pflegekasse an die jeweils beteiligte Krankenkasse nachgedacht werden.“

Für vollstationär versorgte Menschen soll der zu verrichtende pflegebedingte Eigenanteil nach vorliegendem Gesetzesentwurf mit zunehmendem Pflegegrad zwischen Pflegegrad 2 bis 5 in Zukunft nicht mehr ansteigen, sodass Betroffene keine Scheu vor einer Höherstufung aufgrund finanzieller Mehrbelastung haben müssen.

Grundsätzliche Kritik am System kommt hier jedoch vom VdK: Der Eigenanteil, den die Pflegebedürftigen aufwenden müssten werde sukzessive steigen, weil die Leistung der Pflegeversicherung nicht regelmäßig an die Preisentwicklung angepasst werde. Dies sei ein „Geburtsfehler der Pflegeversicherung“, moniert Kaffenberger.

Überleitung und Bestandsschutz

Wer bereits Leistungsbezieher ist, soll automatisch in das neue System überführt werden. Hier sieht das Gesetz keine neue Begutachtung vor, was großen Begutachtungsaufwand vermeiden soll. Betroffene mit rein körperlichen Einschränkungen sollen in den nächst höheren, Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen zwei Pflegegrade höher eingruppiert werden. Mit dieser Bestandsschutzregelung will man soll verhindern, dass Pflegebedürftige nach der Reform finanziell schlechter gestellt sind, als zum jetzigen Zeitpunkt. Der VdK bemängelt, dass bei einer auf Wunsch des Leistungsbeziehers dennoch stattfindenden Begutachtung der automatisch vergebene Pflegegrad auch bei vorliegender geringerer Einstufung erhalten bleibt. Hier könnten es zu einer unnötig großen Zahl von Anträgen zur Neubegutachtung durch den MDK kommen. VdK-Präsidentin Mascher moniert zudem, dass die Bestandsschutzregelung nur bis 2019 gelte und

sieht dadurch Nachteile für die Betroffenen. Auch der Verband der Ersatzkassen plädiert für eine unbefristete Bestandsschutzregelung.

Unterstützung für Angehörige

„Bei uns wird in eindrucksvoller Weise zu Hause gepflegt. Auch dem wenden wir uns zu“, betonte Gröhe in seiner Bundestagsrede. Das Gesetz sieht demnach eine umfassendere Unterstützung der Angehörigen von Pflegebedürftigen vor. So zahlt die Pflegeversicherung dem Beschluss nach für Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 mindestens zehn Stunden in der Woche auf mindestens zwei Tage verteilt pflegen, die Rentenbeiträge. Diese werden in der Höhe an die Pflegegrade der zu pflegenden Person angepasst und steigen mit zunehmender Pflegebedürftigkeit. Wer bspw. einen Angehörigen des Pflegegrades 5 betreue, dessen Rentenbeitrag werde den aktuellen Spitzensatz um 25 % übersteigen.

Auch der Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung verbessere sich nach Angaben des BMG. So übernehme die Pflegeversicherung für pflegende Angehörige, die aus dem Beruf aussteigen müssen, die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung. Folglich hätten diese auch Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung, wenn der Übergang von der Pflegetätigkeit auf den Arbeitsmarkt nicht gelinge, gibt das BMG an, was die Gewerkschaft ver.di begrüßt. Doch bemängelt der Verband, dass für pflegende Angehörige, die selbst bereits Altersrente beziehen, die Möglichkeit verschlossen bleibe, zusätzliche Anwartschaften über die Pflege pflegebedürftiger Angehöriger zu

erlangen. Das bedürfe einer Nachbesserung.

Hilfreich und unterstützend stellt sich auch die Einführung von Ansprechpartnern dar, die eine neutrale Pflegeberatung auf der Grundlage einheitlicher Vorgaben anbieten sollen. Die ambulanten Pflegedienste, wie auch die stationären Pflegeeinrichtungen müssen, dem Beschluss zufolge, künftig auch pflegerische Betreuungsleistungen wie bspw. Vorlesen oder die Begleitung eines Spaziergangs, anbieten.

Finanzierung

Um diese Maßnahmen zu finanzieren, erfährt der Beitrag zur Pflegeversicherung, der zum 1.1.2015 im Rahmen des PSG I um 0,3 Prozentpunkte angehoben wurde, zum 1.1.2017 eine weitere Erhöhung um 0,2 Prozentpunkte auf dann 2,55 bzw. 2,8 Prozentpunkte für Kinderlose. So sollen im Jahr 2017 Mehreinnahmen von rund 2,5 Milliarden Euro erzielt werden. Die Kosten für die Überleitung sollen aus Rücklagen der Pflegeversicherung finanziert werden. 0,1 Prozentpunkte davon fließen in einen neuen Pflegevorsorgefonds, der in den kommenden 20 Jahren aufgebaut werden soll, um die steigenden Leistungsausgaben generationengerechter verteilen zu können. Der vdek befürchtet, dass dieses Mehreinnahmen nicht ausreichen werden, um die Überleitungs- und Bestandsschutzregelungen zu bezahlen und sieht hier einen Zugriff auf die Rücklage der Pflegeversicherung als unumgänglich.

Elisabeth Scharfenberg, Sprecherin für Pflege- und Altenpolitik Bündnis 90/Die Grünen erwartet ebenfalls, dass eine weitere Erhöhung der Beiträge in wenigen Jahren nötig sein wird. Die Absicht Gröhes, die Beiträge bis 2022 stabil zu halten, stößt

auf breite Skepsis. Für die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di liegt ein grundlegendes Problem darin, dass die Pflegeversicherung keine Vollkosten- sondern nur eine Teilkostenversicherung ist. „Hohe Eigenanteile der Pflegekosten verbleiben auch bei allen Leistungsverbesserungen bei den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen oder sind vom Sozialhilfeträger zu finanzieren.“ Die Gewerkschaft schlägt eine Bürgerversicherung vor, die auch die Grünen für ein probates Mittel der Pflegeversicherungsfinanzierung halten.

Mehr Pflegefachkräfte

Das Gesetz fördert zwar die wissenschaftliche Erarbeitung neuer Personal-Konzepte in den Einrichtungen bis 2020, doch werden die Maßnahmen von den Verbänden generell als unzureichend empfunden. Bernd Meurer, Präsident des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) fordert trotz der Tatsache dieses „wichtigen und richtigen-Signales“ einer Konzepterarbeitung schnellere Verbesserungen. Auch Staatssekretär Karl-Josef Laumann, Bevollmächtigter für Pflege beim Bundesgesundheitsministerium, sieht im Fachkräftemangel das größte Problem: „Um in 20 Jahren die Babyboomer-Generation angemessen pflegen zu können, müssten ab sofort in jedem Jahr 20.000 neue Pflegekräfte in den Beruf einsteigen“, rechnete er auf der Jahrestagung des Niedersächsischen Evangelischen Verbandes für Altenhilfe und Pflege e.V. (NEVAP) vor. In Niedersachsen seien bereits mit dem Tarifvertrag für die Beschäftigten der Diakonie und der Abschaffung des Schulgeldes für Auszubildende in der Pflege wichtige Schritte unternommen worden, wie die Abteilungsleiterin Soziales und Pflege im niedersächsischen Ge-

sundheitsministerium, Claudia Schröder konstatierte. Nun wolle man „noch eine Solidumlage zur Finanzierung der Ausbildung für alle Pflegeeinrichtungen einführen,“ kündigte Schröder an. Auch der DPR und die Alzheimergesellschaft fordern qualitative wie quantitative Verbesserungen in Bezug auf das Pflegefachpersonal. Das Gesetz bringe nicht automatisch mehr Personal und Zeit für die Menschen, so Heike von Lütz-Hohlbein, 1. Vorsitzende der Deutschen Alzheimergesellschaft. „Mehr Zeit ist aber das Wichtigste für Menschen mit Demenz“ und dafür werde man weiter kämpfen.

Nach dem Gesetzesentwurf wird auch die Qualitätssicherung reformiert. Im Zuge dessen wird die bisherige Schiedsstelle Qualitätssicherung zu einem Qualitätsausschuss umgebaut. Maximal je zehn Vertreter der Kostenträger und Leistungserbringer sollen diesem Ausschuss angehören, der die Aufgabe hat, ein neues Verfahren der Qualitätsprüfung zu vereinbaren sowie für den stationären und den ambulanten Bereich ein Nachfolgemodell für die Pflegenoten zu erstellen. Ulrike Marscher kritisiert, dass die Pflegebedürftigenverbände kein Stimmrecht im Qualitätsausschuss erhalten sollen. „Der VdK mit seinen über 1,7 Millionen Mitgliedern ist eine starke Lobby für Pflegebedürftige und deren Angehörige. Er sollte beim Thema Qualität in der Pflege auch mitbestimmen dürfen“, fordert die VdK-Präsidentin.

Damit das angestrebte neue Qualitätssicherungsverfahren für die Begutachtung und Beratung (potenziell) Pflegebedürftiger von den rund 3.500 Gutachtern angewandt werden kann, müssen diese erst einmal umfassend geschult werden, was im laufenden Jahr erfolgen soll, damit zum 1. Januar 2017 das PSG II umgesetzt werden kann. <<

Stellungnahmen zum Pflegeberufegesetz (PflBG)

Chance für Pflegefachfrauen und -männer

Das Bundeskabinett hat am 13. Januar den von Bundesfamilienministerin Manuela Schwesig und Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe vorgelegten Gesetzentwurf zur Reform der Pflegeberufe beschlossen, der auf einen Referentenentwurf beruht, der im November vorgelegt wurde. Während das neue Gesetz, das nach dem parlamentarischen Prozess bereits Januar 2017 mit ersten Finanzierungsregelungen und 2018 Inkraft treten soll, von Schwesig als „ein wichtiges Signal zur Aufwertung eines Berufs“ und einen „wichtigen Schritt zu mehr Lohngerechtigkeit“ verstanden wird, betont Gröhe, dass dadurch „Pflegefachfrauen und -männer künftig mehr Chancen“ bekämen, sich beruflich weiterzuentwickeln. Damit fährt er gleich zwei neue Berufsbezeichnungen ein, die es bisher noch nicht gab. Die Reaktionen auf das Pflegeberufegesetz, kurz PflBG, sind größtenteils positiv, wenn auch von Seiten der Krankenkassen und Krankenhäuser diverse Änderungswünsche zu Details der Finanzierung eingebracht werden sowie von Vertretern der Jugend- und Altenpflege ein Veto in den Raum gerufen wird.

>> „Die Entscheidung des Bundeskabinetts für eine generalistische Pflegeausbildung mit Schwerpunktbildung ist ein Meilenstein für die Weiterentwicklung der Pflegeberufe in Deutschland“, bewertet der Pflegerat das vom Kabinett beschlossene PflBG. Auch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO) begrüßt „die Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung“ und den gesetzgeberische Ansatz, „einen zukunftsfähigen einheitlichen Pflegeberuf zu schaffen“. Das sind Ziele, die „grundsätzlich“ auch von der Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), dem Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD), dem Arbeiter Samariter Bund (ASB), dem Deutschen Roten Kreuz (DRK) sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (DV) geteilt werden.

Problemfall: Alten- und Jugendpflege

Eine generalistische Ausbildung, wie sie im vorliegenden Referentenentwurf vorgesehen ist, ist hingegen für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKM) „als Vorbereitung für die Pflege von Kin-

dern“ ungenügend, was der Deutsche Berufsverband Altenpflege e.V. (DBVA) auch bei der Altenpflege so sieht. „Wir lehnen eine Generalisierung der Pflegeausbildung und die Abschaffung der drei spezialisierten Pflegeberufe, insbesondere der Altenpflege ab,“ erklärt der DBVA in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf. Der Berufsverband Altenpflege weigert sich zudem generell, einer neuen Ausbildung zuzustimmen, deren Inhalt, Struktur und Outcome nicht definiert sei. Die potenziellen neuen generalistischen „Pflegefachfrauen“ und „Pflegefachmänner“ könnten, so die Befürchtung des DBVA „nicht das Wissen und Können erwerben und die fachlichen Kompetenzen entwickeln, wie sie heute Absolventen und Absolventinnen der Alten-, Kinder- Gesundheits- und Krankenpflege“ hätten.

Auch die Arbeiter Wohlfahrt (AWO) hat an dieser Stelle Bedenken. „Angesichts des demografischen Wandels dürfen bei der Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung die Spezifika der Altenpflege nicht verloren gehen“, betont Rifat Fersahoglu-Weber, Vorstandsvorsitzender des AWO-Bezirksverbandes Braunschweig. Die fachgerechte Versorgung älterer Menschen müsse nach der Meinung von Fersahoglu-

glu-Weber „auch in Zukunft ohne Qualitätsverlust sichergestellt werden“.

Nach Ansicht der BAGSO bietet hingegen die Anpassung an europäische und internationale Standards die Chance, das Ausbildungsniveau anzuheben und im gesamten Pflegebereich zu vereinheitlichen. Vor diesem Hintergrund werde die Sorge, dass der Altenpflegeberuf bei einer generalistischen Ausbildung seinen sozialpflegerischen Schwerpunkt einbüßt und damit seine gewachsene Besonderheit verliert, relativiert. Die Erfordernisse der Versorgung künftiger Patienten- und Bewohnergenerationen werden, so die BAGSO weiter, auch mit Blick auf die Alterung der Gesellschaft verstärkt heilberufliche bzw. gerontologische und geriatrische Fachkompetenzen verlangen.

Auch der Deutsche Berufsverband der Leitungskräfte für Alten- und Behinderteneinrichtungen (DVLAB) ist gegen die Abschaffung der bisherigen drei eigenständigen Pflegeberufe. Ein neuer vereinheitlichter Pflegeberuf könne, so der DVLAB in seiner Stellungnahme, der Versorgungsqualität in den Bereichen Kinderkrankenpflege, Altenpflege sowie Krankenpflege nicht gerecht werden.

Der Paritätische Gesamtver-

band sieht ebenfalls eine Benachteiligung der Altenpflege, vor allem jedoch, weil die Umstellung für die Altenpflegeausbildung größer als für Krankenpflegeausbildung sei. Als Grund für diese Aussage führt der Paritätische an, dass Auszubildende in der Altenpflege heute zu rund 50 Prozent im eigenen Ausbildungsbetrieb geschult werden, wobei der Theorieanteil etwa 40%, die Fremdeinsätze etwa 10% inne hätten. Mit der beabsichtigten Ausbildungsstruktur erwartet der Paritätische Gesamtverband, dass sich der Anteil auf 35 % Anwesenheit im eigenen Ausbildungsbetrieb reduzieren wird. Der Verband rügt, dass dies bisher politisch nicht aufgearbeitet worden sei, was auch verdeutlichen würde, dass zur Bewertung dieses Gesetzesvorhabens zwingend die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vorliegen muss.

Dem vorliegenden Gesetzentwurf fehle es nach Meinung des Paritätischen weiterhin in entscheidenden Punkten zur inhaltlichen Ausgestaltung eines gemeinsamen Pflegefachberufs an Transparenz, wie beispielsweise noch fehlende Rechtsverordnungsentwürfe zum zukünftigen Stundenumfang der heute getrennten Berufe. Weiters wird bemängelt, dass zudem die we-

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)



„Die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) begrüßt, dass mit dem vorgelegten Referentenentwurf die hochschulische Erstausbildung in den Regelbetrieb überführt werden soll und somit die Berufszulassung mit dem Studienabschluss erworben werden kann. Damit findet Deutschland in der Pflegebildung in qualitativer Hinsicht Anschluss an international übliche Qualifizierungsstandards“

sentlichen Regelungsbestandteile erst nach Verabschiedung des Gesetzes per Rechtsverordnung erlassen werden sollen, womit zentrale Punkte dem Gesetzgebungsverfahren entzogen würden.

Das Fazit des Paritätischen Gesamtverbands: „Der Referentenentwurf dieses Gesetzes gefährdet aus unserer Sicht die derzeitigen Kompetenzen in der Altenpflege und den zukünftigen Fachkräftebedarf in Pflegeeinrichtungen. Der Paritätische fordert auf Basis des Referentenentwurfs eine umfassende Anpassung der Finanzierungsstrukturen der Ausbildung in Pflegeeinrichtungen und mehr Entwicklungschancen.“

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin erkennt zwar „das Bemühen des Gesetzgebers an, die Pflegeausbildung an heutige Standards anzupassen und dafür zu sorgen, dass es auch in Zukunft genügend Pflegepersonal geben werde, mahnt indes an, dass, falls die spezielle Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflege abgeschafft werde, insbesondere die auf die Bedürfnisse von Kindern zugeschnittene Pflege leiden werde. Deshalb spricht sich die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin nachdrücklich für den Erhalt der bisher in Deutschland gesicherten qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung von Kin-

dern im Sinne der bisherigen Gesundheits- und Kinderkrankenpflege aus.

Die Jugend- und Altenpflege sind Spezialfälle, an denen sich die bisherige Pflegeausbildung ausgerichtet hat, wie Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pflegerats, zu Recht anmerkt. Zum einen hätte sich die Ausbildung bislang an den zu versorgenden Altersgruppen und ebenso an den Institutionen der Versorgung wie Krankenhaus und Altenheim orientiert. „Mit Hilfe der generalistischen Pflegeausbildung wird es nun erstmals gelingen, die erforderlichen pflegerischen Kompetenzen für pflegebedürftige und kranke Menschen jeden Alters in den Mittelpunkt zu stellen“, erklärt Westerfellhaus. DBfK-Vizepräsidentin Gertrud Stöcker betont, dass „mit diesem Reformschritt nun endlich eine Richtung eingeleitet ist, die die Pflegeberufsausbildung in Deutschland europäischem Niveau näherbringt“. Im Gesetzgebungsverfahren werde es jetzt darauf ankommen, Inhalte und Rahmenbedingungen der neuen Aus-

Deutscher Pflegerat (DPR)



„Die Entscheidung des Bundeskabinetts für eine generalistische Pflegeausbildung mit Schwerpunktbildung ist ein Meilenstein für die Weiterentwicklung der Pflegeberufe in Deutschland. Das Bundeskabinett hat damit die richtigen Weichen für die Zukunft der so wichtigen Pflegeberufe gestellt.



Die neue Pflegeausbildung wird eine der wichtigsten Antworten auf den demographischen und epidemiologischen Wandel sein. Die Anzahl der Pflegebedürftigen, die eine medizinisch orientierte Versorgung benötigen, nimmt in der ambulanten und stationären Altenpflege zu. Gleichzeitig werden immer mehr alte und hochbetagte Patientinnen und Patienten mit mehreren Erkrankungen und zunehmenden Alterserkrankungen wie Demenz in Krankenhäusern versorgt. Das macht veränderte Kompetenzprofile erforderlich, die ausgebildet werden müssen. Die richtige Antwort auf diese Herausforderungen ist die generalistische Pflegeausbildung. Pflege basiert auf Kompetenzen, die übergreifend gelten. Denn Pflege setzt sich mit dem pflegebedürftig sein, dem krank sein auseinander und wie das zu bewältigen ist. Dabei ist der Ort an dem diese Kompetenzen eingesetzt werden nachrangig. Die Neuregelung ist dringend geboten und wird von den professionell Pflegenden zu Recht gefordert. Bislang hat sich die Pflegeausbildung an den zu versorgenden Altersgruppen – Kinder, Erwachsene, alte Menschen – und an den Institutionen der Versorgung – Krankenhaus, Altenheim – orientiert. Mit Hilfe der generalistischen Pflegeausbildung wird es nun erstmals gelingen, die erforderlichen pflegerischen Kompetenzen für pflegebedürftige und kranke Menschen jeden Alters in den Mittelpunkt zu stellen.

Die Stärken und Besonderheiten der drei bisherigen Pflegefachberufe „Altenpflege“, „Gesundheits- und Krankenpflege“ und „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ werden im Sinne von Kompetenzen zu einem neuen Pflegeberuf mit einem einheitlichen Berufsabschluss zusammengefasst. Das ist etwas anderes und mehr als die Aneinanderreihung von Pflgetätigkeiten. Dadurch wird die Qualität der Pflege gesteigert. Eine weitere Antwort auf die steigenden Anforderungen ist die hochschulische Ausbildung als zweiter Zugang zum Beruf. Damit werden auch neue Bewerbergruppen angesprochen. Die Reform ist eine gute Nachricht für alle professionell Pflegenden. Ihre Arbeit wird dadurch aufgewertet. Die neue Pflegeausbildung wird zu besseren Karrierechancen für Pflegefachpersonen führen, die Attraktivität des Berufsbildes Pflege steigern und den Verbleib im Beruf fördern. Mehr Menschen werden sich aufgrund der neuen Pflegeausbildung für den Pflegeberuf entscheiden. Damit wird die neue Pflegeausbildung zu einem wesentlichen Baustein der Sicherung der pflegerischen Versorgung in Deutschland. Denn durch die reformierte Ausbildung haben die zukünftigen Pflegefachpersonen mehr Möglichkeiten, innerhalb des Berufsfeldes zu wechseln. Das steigert Karrierechancen und den Verbleib im Beruf gerade für die bisherige Altenpflege. Es wird endlich gesetzlich anerkannt, dass Pflege einen ureigensten Bereich hat, der als vorbehaltene Aufgaben definiert wird. Das umfasst die Erhebung des Pflegebedarfs, die Planung der pflegerischen Versorgung sowie die Überprüfung der Pflegequalität.“

Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pflegerats

bildung im Sinne eines modernen Berufs zu gestalten. Stöcker: „Hier ist der Fokus vor allem auf die gegenwärtigen und kommenden Herausforderungen zu richten, denen sich die Berufsbeteiligten stellen müssen: zunehmende Komplexität der Versorgung, Multimorbidität, Gestaltung und Steuerung von Versorgungsprozessen, Lebensweltbezug, Einbindung von Ergebnissen aus Pflegewissenschaft und Versorgungsforschung, Orientierung am individuellen Bedarf und Nutzen der Menschen, Rehabilitation vor Pflege sowie der effiziente Umgang mit begrenzten Ressourcen im System.“

Problemfall: Finanzierung

Genau darum wird die mit der Gesetzesreform verbundene Zielsetzung auch vom AOK-Bundesverband grundsätzlich begrüßt und unterstützt. Es müsse, so der AOK VB, jedoch in der Umsetzungsphase des Gesetzes intensiv geprüft werden, ob mit den geplanten Maßnahmen die Qualität der Berufsausbildung und die Attraktivität der Pflegeberufe auch tatsächlich erhöht werde. Positiv zu beurteilen seien insbesondere die Verbesserung der Durchlässigkeit zwischen den einzelnen Qualifikationsstufen in der Pflege, der Wegfall von Wettbewerbsnachteilen für Ausbildungsbetriebe und der Wegfall von Schulgeldzahlungen von Pflegeschülern.

Mit der Reform verbunden sei aber auch eine Reform der Ausbildungsfinanzierung, die auf eine einheitliche Finanzierungsbasis der neuen beruflichen Pflegeausbildung abstellt. Der AOK-Bundesverband sieht die einheitliche Finanzierung über den Landesausbildungsfonds sehr kritisch, da Doppelstrukturen ge-

schaffen würden und damit unverhältnismäßig hoher Verwaltungsaufwand entstehe. Der AOK Bundesverband: „Die vorgesehene Fondslösung für den neuen Pflegeberuf lässt außer Acht, dass die in fast allen Ländern bereits bestehenden Ausbildungsfonds (§ 17a KHG) aufgrund der weiteren Ausbildungsberufe z.B. für Hebammen und Ergotherapeuten fortgeführt werden müssen.“ Im Übrigen würden hier mit den geplanten Regelungen zur Finanzierung der Ausbildung ein weiteres Mal Aufgaben und Finanzierungsanteile aus der Verantwortung der Länder in die Sozialversicherung übertragen.

Kritisch sehen auch die Betriebskrankenkassen die Regelung in § 32 Abs. 2 PflBG, wonach die zuständige Stelle im Land für die Organisation und Verwaltung des Ausbildungsfonds für die anfallenden Verwaltungs- und Vollstreckungskosten eine Verwaltungskostenpauschale in Höhe von 0,6 vom Hundert der Summe erhebt. Die vom BKK Dachverbands geäußerte Kritik betrifft zum einen die Höhe der Pauschale von 16 Mio. Euro, die bei geschätzten Ausbildungskosten von 2,7 Mrd. Euro als deutlich zu hoch festgelegt scheint. Außerdem sei die prozentuale Kopplung an die Gesamtsumme nicht sachgerecht, denn bei einer wünschenswerten Steigerung der Ausbildungszahlen würden sich auch die Verwaltungskosten entsprechend erhöhen.

Die Verwaltungskosten würden nach Ansicht der BKK Dachverbands jedoch nicht im gleichen Verhältnis wie die Auszubildendenzahlen ansteigen, da hier kein direkter Zusammenhang bestünde. Daher sei die Regelung zugunsten einer Festbetragsregelung zu streichen, gegebenenfalls ergänzend ein Mechanismus vorzusehen, nach welchem in re-

gelmäßigen zeitlichen Abständen die Festbetragsregelung an die wirtschaftliche Gesamtentwicklung angepasst werden können.

Speziell auf die Finanzierungsthematik geht auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) in ihrer Stellungnahme ein. Nach Ansicht der Krankenhausgesellschaft müssten die bewährten Finanzierungsregelungen des § 17

a KHG für die Gesundheits- und (Kinder)-Krankenpflegeausbildung auch die Finanzierungsgrundlage einer zusammengeführten Ausbildung sein. Das bedeute auch, dass eine Zusammenführung der Ausbildungsberufe eine auskömmliche Finanzierung voraussetze. <<

von: MoPf-Chefredakteur
Peter Stegmaier

Arbeiter Samariter Bund (ASB)



„Der vorliegende Entwurf bildet eine klare und transparente Struktur der Ausbildung in der Pflege ab. Der ASB sieht in der umfassenden Ausbildung der Pflegefachkräfte erhebliche Vorteile für die spätere Tätigkeit in den Krankenhäusern sowie in der ambulanten und stationären Pflege. Pflegekräfte werden zukünftig besser auf den hohen Anteil chronisch erkrankter, multimorbider und demenziell oder psychisch erkrankter Menschen in der Gesundheitsversorgung sowie den erhöhten und komplexer werdenden Behandlungsbedarfen in den Diensten und Einrichtungen der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege vorbereitet. Der ASB begrüßt ausdrücklich, dass es zukünftig keine Deckelung von Ausbildungszahlen mehr geben soll, dass das an einigen Ausbildungsstellen noch übliche Schulgeld zukünftig wegfällt und eine bundesweit einheitliche Finanzierung der Ausbildung im Pflegeberuf eingeführt wird.“

Arbeiter Wohlfahrt (AWO)



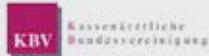
„Angesichts des demografischen Wandels dürfen bei der Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung die Spezifika der Altenpflege nicht verloren gehen.“

Deutscher Berufsverband Altenpflege e.V. (DBVA)



„Die potenziellen neuen generalistischen „Pflegefachfrauen“ und „Pflegefachmänner“ werden nicht das Wissen und Können erwerben und die fachlichen Kompetenzen entwickeln können, wie sie heute Absolventen und Absolventinnen der Alten-, Kinder-, Gesundheits- und Krankenpflege haben. Ein spezifisches Wissen und Können für die Altenpflege wird in Theorie und Praxis nicht mehr vermittelt werden (können). Das ergibt sich bereits zwingend aus der EU Berufsankennungsrichtlinie, die für den neuen Beruf gelten wird und aus durchgeführten Modellversuchen. Dies hätte Auswirkungen auf den Pflegeberuf (Basiswissen und -können), die Gesundheits- und Pflegewissenschaften, die Gerontologie, die Unternehmen und nicht zuletzt auf ältere Menschen (wie auch auf Kinder und Frühgeborene).“

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)



„ Die generalistische Ausbildung der Pflegeberufe wird daher mit Blick auf die komplexeren Anforderungen in der Patientenversorgung grundsätzlich begrüßt. Auswirkungen, wie sie sich beispielsweise auf die Kinder- und Jugendkrankenpflege ergeben können, sind zu monitorieren und sofern erforderlich, in der Weiterentwicklung des Pflegeberufsgesetzes entsprechend zu adressieren. Aus der Perspektive eines sich verschärfenden Nachwuchsmangels in der Pflege besteht die Möglichkeit, dass weiterentwickelte Rahmenbedingungen kurz- bis mittelfristig auch zu einem Rückgang von Ausbildungsabschlüssen führen. Dies sollte möglichst vermieden werden ebenso wie die Bildung berufsgruppenbezogener „Silos“, die nur teilweise durch aufwändige Schnittstellen- und Kooperationsdefinitionen überwunden werden können.“

Deutsches Rotes Kreuz (DRK)



„Der Referentenentwurf zielt auf eine Aufwertung der Pflegeausbildung und des Pflegeberufs. Mit dem neuen, einheitlichen Berufsbild „Pflege“ sollen die berufliche Identifikation und das Selbstverständnis gestärkt werden. Im Gesetzesentwurf werden bestimmte berufliche Tätigkeiten als Vorbehaltsaufgaben definiert, die nur Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner ausüben dürfen. Auch die Einführung einer primärqualifizierenden hochschulischen Pflegeausbildung kann zur Aufwertung des Berufsbereiches beitragen.“

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)



„Mit diesem Reformschritt ist nun endlich eine Richtung eingeleitet, die die Pflegeberufsausbildung in Deutschland europäischem Niveau näherbringt. Im laufenden Gesetzgebungsverfahren wird es jetzt darauf ankommen, Inhalte und Rahmenbedingungen der neuen Ausbildung im Sinne eines modernen Berufs zu gestalten.“

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (DV)



„Nach dem Entwurf soll die vereinheitlichte Ausbildung in Pflichteinsätzen, einen Vertiefungseinsatz und weitere Einsätze gegliedert werden. Dies trägt dem – auch in den Empfehlungen des Deutschen Vereins aus dem Jahr 2009 formulierten – Anliegen Rechnung, Schwerpunktsetzungen und Vertiefungsbereiche in der fachpraktischen Ausbildung, flankiert durch theoretischen Unterricht, zu schaffen, um die hohen Pflegestandards in den nach Pflegesparten getrennten Ausbildungen der Kinderkrankenpflege und der Altenpflege nicht zu gefährden. Den Empfehlungen des Deutschen Vereins folgend sieht der Entwurf vor, dass neben eine hochwertige fachtheoretische Ausbildung eine gleichwertige, an den Ausbildungszielen orientierte, praktische Ausbildung tritt. Hierzu gehören insbesondere eine fachlich kompetente und im erforderlichen zeitlichen Umfang von anderen Aufgaben freigestellte Praxisanleitung und der Verzicht, Auszubildende für ausbildungsfremde Aufgaben, wie z.B. als Ersatz für fehlende reguläre Pflegekräfte, einzusetzen.“

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Auszug)

§ 1 Führen der Berufsbezeichnung

Wer die Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“ führen will, bedarf der Erlaubnis. Personen mit einer Ausbildung nach Teil 3 führen die Bezeichnung „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“ mit dem akademischen Grad.

§ 2 Voraussetzungen für die Erteilung der Erlaubnis

Die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die antragstellende Person

1. die durch dieses Gesetz vorgeschriebene berufliche oder hochschulische Ausbildung abgeleistet und die staatliche Abschlussprüfung bestanden hat,
2. sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt,
3. nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist und
4. über die für die Ausübung des Berufs erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt.

§ 26 Grundsätze der Finanzierung

- (4) Die zuständige Stelle im Land ermittelt den erforderlichen Finanzierungsbedarf nach § 32 und erhebt Umlagebeträge bei den Einrichtungen nach § 33 Absätze 3 und 4. Sie verwaltet die eingehenden Beträge nach § 33 Absatz 1 einschließlich der Beträge aus Landesmitteln nach § 33 Absatz 1 Nummer 3 sowie der Beträge nach § 33 Absatz 1 Nummer 4 als Sondervermögen und zahlt Ausgleichszuweisungen an die Träger der praktischen Ausbildung und die Pflegeschulen aus.

§ 29 Ausbildungsbudget, Grundsätze

- (1) Die Träger der praktischen Ausbildung und die Pflegeschulen erhalten für einen zukünftigen Zeitraum (Finanzierungszeitraum) ein Ausbildungsbudget zur Finanzierung der Ausbildungskosten. Das Ausbildungsbudget des Trägers der praktischen Ausbildung umfasst auch die Ausbildungskosten der weiteren an der praktischen Ausbildung beteiligten Einrichtungen nach § 8 Absatz 3; es setzt sich zusammen aus den voraussichtlichen Mehrkosten der Ausbildungsvergütung und aus den Kosten der praktischen Ausbildung je Auszubildender oder je Auszubildendem.

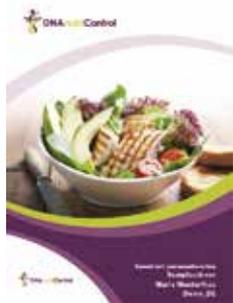
Kochen nach Genen?

>> Das neue „Recipe Book for Weight Sensor“ ist ein Kochbuch ganz anderer Art: ein individuell auf die individuellen Gene abgestimmtes Kochbuch, das mehr als 100 Rezepte enthält und für jeden einzelnen Käufer persönlich angefertigt wird.

Dabei sollen die Ergebnisse der Genanalyse „Weight Sensor“ die Basis für eine „voll-

ständige, genetische Personalisierung“ bilden, obwohl mittels der humangenetischen Analyse einer eingesandten Speichelprobe nur acht Gene ausgewertet wurden, die Einfluss auf ein optimales Abnehmprogramm haben sollen.

Das Buch wird vom Unternehmen DNANutriControl auf den Markt gebracht, das verspricht: „Gesünder Leben nach den Genen“; die Analysen werden von dem Salzburger Labor Novogenia durchgeführt. <<



Pilotprojekt „GKPA plus“ mit Vorbildcharakter für Flüchtlinge

>> Im Frühjahr 2016 startet ein Qualifizierungskonzept, das die ZAB-Zentrale Akademie für Berufe im Gesundheitswesen GmbH, Gütersloh in Zusammenarbeit mit den regionalen Jobcentern und Agenturen für Arbeit durchführt, um einerseits dem Fachkräftemangel in der Pflege entgegen zu wirken und andererseits das Umschulungsangebot für Migranten zu erweitern.

Die ZAB GmbH, geleitet von Andreas Westerfellhaus, dem ehrenamtlichen Präsidenten des Deutschen Pflegerats, verfügt über eine 15-jährige Expertise als Ausbildungsstätte für Gesundheits- und Krankenpflege (GKP) und Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten (GKPA). Ebenso ausgehend von den positiven Erfahrungen mit Fachsprachkursen für ausländische Ärzte und Pflegekräfte wurde nun das Qualifizierungskonzept „Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten mit integriertem Fachsprachkurs berufsbezogenes Deutsch“, kurz „GKPA plus“ entwickelt.

Das Beherrschen der deutschen Sprache, idealerweise auf Niveau

B2 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens (GER) ist eine wesentliche Voraussetzung in der pflegerischen Versorgung von Patienten. Daher wurden im Konzept „GKPA plus“ die Inhalte der Gesundheits- und Krankenpflegeassistentenausbildung mit fachsprachlichen Inhalten kombiniert.

In den ersten zwei Wochen wird nur deutsche Sprache und Fachsprache unterrichtet. Im Anschluss daran startet integrierend die Qualifizierung zur Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten. Die Fachsprachenanteile sind so auf die Kursdauer verteilt, dass die während der fachlichen Kursanteile aufgetretenen Fragestellungen regelmäßig mit den Sprachdozenten bearbeitet werden können.

Im theoretischen Kursteil lernen die Teilnehmer pflegerische Fragestellungen aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu betrachten. Im praxisorientiertem Unterricht erwerben sie Kompetenzen zur Versorgung kranker Menschen.

Die fachsprachlichen Inhalte orientieren sich dabei am Alltag einer Assistenzpflegekraft und parallel zur Vermittlung der fachlichen Kursanteile. Grundlage ist das Rahmencurriculum Deutsch Pflege der telc GmbH und orientiert sich am Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen (GER).

Die Einbindung der in der ZAB GmbH vorhandenen Skills Labs, wie Patientenzimmer mit Vorbereitungsräumen, OP-Saal und Intensivzimmer, unterstützen dabei die praxisnahe Vermittlung von fachlichen und sprachlichen Inhalten.

Die praktische Qualifizierung findet in Gesundheitseinrichtungen statt, die mit der ZAB GmbH kooperieren, darunter das LWL-Klinikum Gütersloh, das Klinikum

Bielefeld, das Klinikum Gütersloh, das Sankt Elisabeth Hospital Gütersloh, sowie ambulante Pflegeeinrichtungen der Region.

In den Praxisphasen erhalten die Teilnehmer Einblick in die Tätigkeitsbereiche der Pflege, der Medizin und verwandter Disziplinen.

Die Qualifizierung dauert 13 Monate. Im Verlauf wird die telc B2-Prüfung Pflege abgelegt. Die Maßnahme endet mit einer schriftlichen, mündlichen und praktischen Prüfung zur Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten.

Voraussetzungen zur Teilnahme ist der Abschluss eines Integrationskurses oder telc B1-Zertifikat, der Nachweis eines Hauptschulabschlusses, einer gleichwertigen Schulbildung oder eine abgeschlossene Berufsausbildung, sowie die Förderungsberechtigung nach § 81, Abs. 1 SGB III.

Um diese Qualifizierungsmaßnahme fördern zu können hat die ZAB GmbH beim TÜV Süd die AZAV-Zertifizierung dieser Maßnahme beantragt und erhalten.

Damit kann bei vorliegender Förderungsberechtigung der Migranten die Qualifizierungsmaßnahme „GKPA plus“ über den Bildungsgutschein von den Jobcentern und Agenturen für Arbeit gefördert werden.

Das Modell „GKPA plus“ könnte als Qualifizierungsmaßnahme auf Flüchtlinge übertragen werden. Dazu müssen jedoch die Voraussetzungen geklärt werden, vor allem bei Nicht Vorliegen von Schul- bzw. Berufsabschlüssen.

Weitere Informationen bei der ZAB GmbH unter 05241-708230 oder info@zab-gesundheitsberufe.de oder über das Kursnet-Portal der Agentur für Arbeit. Die Anmeldung erfolgt über die Ansprechpartner bei den Jobcentern und der Agentur für Arbeit. <<

Zukunftspreis für Konzepte von Wohngemeinschaften

>> Ambulant betreute Wohngemeinschaften müssen in NRW zur Regelversorgung werden, fordert der Fachverband „WIG – Wohnen in Gemeinschaft“, in dem sich Begleiter von mehr als 100 Wohngemeinschaften in NRW zusammengeschlossen haben. Die Verabschiedung des neuen Wohn-Teilhabe-Gesetzes in NRW, an der der Fachverband intensiv mitgewirkt habe, sei ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung gewesen, so Verbandschef Claudius Hasenau auf der Fachtagung des Vereins in Gelsenkirchen. Claudius Hasenau: „Trotz aller Fortschritte bleibt für uns viel zu

tun. Bei der Finanzierung sozialer Betreuungsleistungen in den Wohngemeinschaften bestehen nach wie vor große Unsicherheiten.“ Abhilfe schaffen könne hier nur ein Landesrahmenvertrag für NRW, so Hasenau.

Auf der Fachtagung kündigte der Verband an, 2016 erstmals einen 5.000 Euro dotierten Zukunftspreis für gute Konzepte von Wohngemeinschaften ausloben zu wollen. Ziel ist die Prämierung von beispielhaften Konzepten zur Pflege und Betreuung in Wohngemeinschaften. Möglich wird dies durch eine Kooperation mit der ERGO-Gruppe. <<

InTherAKT stellt die Arzneimitteltherapie in neun Münsteraner Altenheimen auf den Prüfstand

>> Gerade die Bewohner von Alten- und Pflegeheimen müssen viele Medikamente einnehmen. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Demenz, Depression, Inkontinenz oder Schmerzen sind die häufigsten Gründe für Arzneimittelverordnungen bei den meist über 80-Jährigen. Nicht selten kommt es dabei zu Nebenwirkungen und unerwünschten Arzneimittelereignissen, die bis hin zu Krankenhauseinweisungen führen. Das neue Projekt InTherAKT will hier Abhilfe schaffen: Gemeinsam mit vierzehn heimversorgenden Hausärzten und elf Apotheken stellt ein Forscherteam der

Paracelsus Medizinischen Privatuniversität aus Salzburg die Arzneimitteltherapie in neun Münsteraner Altenheimen auf den Prüfstand. Ziel des auf zwei Jahre angelegten Versorgungsfor-schungs-Projektes: Weniger unerwünschte Arzneimittelereignisse, verbesserte Kommunikation und Kooperation zwischen den beteiligten Berufsgruppen: Pflegenden, Hausärzte und Apotheker.

„Bisher gibt es nur wenige Daten zur Arzneimittelsicherheit in Altenheimen“, berichtet Projektleiter Prof. Dr. Dr. h.c. Jürgen Osterbrink. „Aber wir wissen, dass Heimbewohner in Deutschland durchschnittlich 3,6 verschiedene Arzneistoffe pro Tag einnehmen. Dreizehn Prozent der Bewohner bekommen sogar über 60 Verordnungen pro Jahr. Kein Wunder, dass medikamentöse Nebenwirkungen in Altenheimen an der Tagesordnung sind.“ Eine Untersu-

chung aus elf Altenheimen in NRW mit knapp achthundert Heimbewohnern zeige eine Rate von gut 10 Prozent an sogenannten unerwünschten Arzneimittelereignissen (UAE), so der Leiter des Institutes für Pflegewissenschaft und -praxis an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität in Salzburg.

Der hohe Verbrauch an Medika-



v.l.n.r.: Kai Martens, Geschäftsleitung Grüenthal Deutschland, Prof. Dr. Hugo van Aken, European Safety Foundation, Dr. Oliver Schwalbe, Apothekerkammer Westfalen-Lippe, Dr. Bernhard Thülg, Bezirksregierung Münster, Frank Jansing, Ltg. Altenheim Wohnstift am Südpark und Kardinal-von-Galen-Stift Münster, Dr. Ralf Becker, Hausärzterbund Münster, Prof. Jürgen Osterbrink, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Projektleiter.

menten in Altenheimen hat auch für die Bewohner nicht selten gravierende Folgen. „Wir wissen, dass bei älteren Menschen rund 10 Prozent aller Krankenhauseinweisungen aufgrund unerwünschter Arzneimittelereignisse erfolgen“, berichtet Gabriele Regina Overwiening, Präsidentin der Apothekerkammer Westfalen-Lippe. Rund die Hälfte dieser Einweisungen sei vermeidbar. Die Pharmakotherapie sei einerseits ein Segen, andererseits jedoch auch ein Hochrisikoprozess – gerade bei älteren Menschen mit ihrem veränderten Stoffwechsel.

Der Gesundheitszustand der Bewohner von Altenheimen ist generell meist schlecht. „Die meisten Patienten dort sind über 80 und oft in einer verminderten körperlichen und geistigen Verfassung. Rund die Hälfte leidet an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, etwa ein Drittel unter Demenz

und bei 17 Prozent ist eine manifeste Depression diagnostiziert“, beschreibt Dr. Ralf Becker die Patientengruppe. Auch Schmerzen und Inkontinenz seien typische behandlungspflichtige Krankheitsbilder, die eine medikamentöse Behandlung erforderten, so der Vorstand des Hausärzterbundes Münster. Rund 40 Prozent der Bewohner hätten zudem gleichzeitig mehrere therapiepflichtige Erkrankungen.

Wichtigstes Ziel des Projektes InTherAKT ist es, durch verbesserte Zusammenarbeit unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu reduzieren. Dazu ziehen 14 heimversorgende Hausärzte, 11 heimversorgende Apotheken und die Pflegenden der teilnehmenden neun Einrichtungen an einem Strang. „Wir wissen aus Erfahrung, dass schon kleine Informationsbrüche oder Missverständnisse zwischen den beteiligten Berufsgruppen ausreichen, um die Medikation negativ zu beeinflussen“, berichtet Prof. Osterbrink. „Hier werden wir ansetzen: Mit gezielten Schulungen zur Arzneimitteltherapiesicherheit, der Entwicklung der InTherAKT-online-Kommunikationsplattform, die eine strukturierte Prüfung der Medikation der Patienten ermöglicht, mit Fallkonferenzen bei besonders komplexen Fällen und einer Anpassung der Medikation im Bedarfsfall.“ Alle Projektschritte und Ergebnisse werden genau evaluiert und dokumentiert und dabei stets Hausärzte, Apotheker und Pflegenden mit einbezogen.

Geplant und organisiert wird InTherAKT von der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität (PMU) in Salzburg unter Leitung von Osterbrink, aber auch vom Hausärzterbund Münster, der Apothekerkammer Westfalen-Lippe sowie den beiden Arbeitsgemeinschaften der münsterschen Altenheime. Weitere Partner sind unter anderem die Barmer GEK, Stadt und Bezirksregierung Münster sowie die Facharztinitiative Münster. Fördergeber sind die PMU, die Grüenthal GmbH sowie das Land Salzburg. <<

UAS-Weiterbildung

>> Die Frankfurt University of Applied Sciences (Frankfurt UAS) bietet ab Juni 2016 (bis Mai 2018) erneut die berufsbegleitende Weiterbildung „Staatlich anerkannte/-r Fachpfleger/-in für Psychiatrische Pflege“ an. Das Ziel der Weiterbildung ist es, den Teilnehmenden eigenständige pflegerische Handlungskompetenzen in allen psychiatrischen/psychosozialen Bereichen und unterschiedlichen Situationen zu vermitteln. Nach dem erfolgreichen Abschluss der Weiterbildung ist eine pauschale Anrechnung von Kompetenzen der Weiterbildung auf den Bachelor-Studiengang Pflege- und Case Management (B. Sc.) und somit eine Verkürzung der Studienzeit möglich. Anmeldeschluss ist der 15. April.

Die Fachweiterbildung ist mit 810 Unterrichtsstunden im theoretischen Teil und 1.800 Stunden im berufspraktischen Teil gesetzlich vorgegeben und endet mit einer staatlichen Prüfung und der staatlichen Anerkennung „Fachpfleger/-in für Psychiatrische Pflege“. Infos: www.frankfurt-university.de/fachpflege_psychiatrie. <<

PwC-Studie „Connected and coordinated: Personalised service delivery for the elderly“

An den Bedürfnissen alter Menschen vorbei

Unser Gesundheitssystem in seiner derzeitigen Form genügt den Bedürfnissen alter Menschen nicht. Um sie richtig zu versorgen und ihnen ein möglichst aktives Leben zu ermöglichen, ist ein Paradigmenwechsel hin zu einer integrierten Pflege nötig, wie die Studie „Connected and coordinated: Personalised service delivery for the elderly“ der Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers (PwC) zeigt. „Bei alten Menschen ist das Verständnis von Gesundheit individuell sehr verschieden. Was die einen als Krankheit empfinden, die behandelt werden sollte, betrachten andere als altersbedingte Beschwerden, die sie für sich akzeptieren. Für sie zählt vor allem, trotz aller Handicaps so normal und selbstbestimmt wie möglich zu leben“, sagt Michael Burkhart, Partner bei PwC und Leiter des Bereichs Healthcare und Pharma. „Sie benötigen deswegen Hilfe für Dinge, die sie nicht mehr selbst schaffen. Dann jedoch können sie ihr verbleibendes Potenzial voll ausschöpfen. Unser Gesundheitswesen bietet da kaum Unterstützung und fragt alte Menschen nicht nach ihren Bedürfnissen.“

>> In Europa wird sich der Anteil der Menschen, die älter als 65 Jahre sind, von derzeit 25,9 Prozent auf 35,9 Prozent im Jahr 2030 erhöhen. Schon heute sind dort die Pro-Kopf-Ausgaben bei den 66-bis 86-Jährigen infolge vermehrter Krankenhaus-Aufenthalte fast doppelt so hoch wie bei jüngeren Patienten. Die Akteure des Gesundheitswesens sind sehr spezialisiert und arbeiten getrennt voneinander – ein unübersichtliches System, das zu Doppel- und Dreifachuntersuchungen führt und damit unnötige Mehrkosten verursacht. „Unser System ist auf das Kurieren von Krankheiten fixiert – häufig verbunden mit stationären Aufenthalten. Viel sinnvoller wäre stattdessen eine integrierte Pflege, die es ermöglicht, stationäre Aufenthalte zu verkürzen und Hilfestellung im Alltag zu geben“, so Burkhart.

Feste Sätze lassen Gestaltungsspielräume

Um das Gesundheitssystem angesichts des demografischen Wandels dauerhaft zu finanzieren, empfehlen die PwC-Experten alternative Vergütungssysteme wie beispielsweise pauschale Vorauszahlungen pro Versichertem (Capitation): So könnten Netzwerke ambulanter Dienstleister

über mehrere Jahre hinweg die gesundheitliche Versorgung einer gewissen Gruppe von Menschen übernehmen, für die sie feste Sätze pro Person erhalten. Wie sie das Budget am besten einsetzen, bleibt der fachlichen Einschätzung der Pflgeteams vor Ort überlassen: Je besser die Qualität der Betreuung, je besser die Prävention, desto weniger Kosten fallen langfristig an.

„Solche Modelle erhöhen den Anreiz, medizinische Leistungen optimal zu vernetzen, Älteren zu mehr Selbständigkeit zu verhelfen oder Vorsorgeprogramme aufzulegen“ so Burkhart. Erste Modelle, die in diese Richtung zielen, gibt es bereits: Das Gesunde Kinzigtal ist eine GmbH, die 31.000 Versicherte der AOK und LKK Baden-Württemberg betreut. Die Krankenkassen zahlen für sie vorab einen Abschlag. Falls Qualität und Prävention zu geringeren Gesamtkosten für die Versicherten führen als im bundesdeutschen Schnitt, erhält dieses Netzwerk aus Ärzten, Therapeuten und Kliniken einen Anteil der erreichten „Gesundheitsdividende“.

Branchenfremde Anbieter, die „New Entrants“ des zweiten Gesundheitsmarktes, sowie die Digitalisierung eröffnen zudem neue Möglichkeiten, die einer ambulanten Versorgung entgegenkom-



Anzahl der Krankenhausbetten pro 1.000 Menschen (Quelle: Business Monitor International and Canterbury, Neuseeland)

men. Mit der entsprechenden technischen Ausstattung könnten ältere Menschen und ihre Angehörigen ihre Daten selbst aufbewahren, Atteste, Rezepte und Unterlagen lassen sich digital übermitteln. E-Health-Systeme erleichtern die Überwachung der Vitalwerte oder erinnern Patienten daran, ihre Medikamente einzunehmen.

Zufriedenheit als Vergütungsmaßstab

„Die Versorgung alter Menschen macht einen Paradigmenwechsel im Gesundheitssystem

nötig“, resümiert Michael Burkhart. „Auch hier gilt das Sprichwort: You get, what you pay for. Wir müssen uns entscheiden, ob wir bei der Versorgung unserer alten Menschen weiterhin für den zeitlichen Aufwand – ungeachtet des Ergebnisses – zahlen oder für Qualität. Vielleicht sollten wir darüber nachdenken, für Gesundheit und Zufriedenheit zu bezahlen! Denn es gibt – das zeigt ein PwC-Benchmarking – eine Korrelation zwischen hoher Zufriedenheit von Mitarbeitern und Patienten und dem wirtschaftlichen Erfolg: „Unser Ziel muss eine solche Win-win-win-Situation sein!“ <<

„Wer in Fallpauschalen rechnet, muss sich nicht wundern“

„Die Entwicklung, Vergütungsformen im Gesundheitswesen zu modifizieren und anzupassen, ist in Deutschland seit vielen Jahren zu beobachten: So wurden die erbrachten Leistungen in den 90ern noch nach tagesgleichen, vollpauschalierten Pflegesätzen berechnet, das bedeutete also eine Vergütung pro Zeiteinheit: im Krankenhaus pro Behandlungstag und im ambulanten Bereich mit einer Pauschale pro Quartal.

Die Einführung der DRG – diagnosebezogene Fallgruppen – und somit der Vergütung pro Fall mit einer Pauschale hatte den positiven Effekt, dass sich die Verweildauer im Krankenhaus deutlich verkürzte. Doch zugleich stiegen die Fallzahlen dramatisch an. Im Grunde gilt auch für das Gesundheitssystem: „You get what you pay for“. Wer in Fallpauschalen rechnet, muss sich nicht wundern, wenn es mehr und mehr werden.

Mit dieser Erkenntnis im Hinterkopf ist die Vergütungsform „Pay for performance“ meines Erachtens der Schritt in die richtige Richtung. Denn dieses Prinzip zielt darauf, eine gute Qualität zu vergüten und damit die Fallzahlen zu reduzieren, weil gut versorgte Menschen länger gesund bleiben. Persönlich bin ich sogar der Meinung, dass das noch nicht weitreichend genug ist. Nehmen wir zum Beispiel die Automobilindustrie: Hier bezahlt der Kunde nur indirekt die Qualität des Fahrzeugs. Für ihn geht es primär darum, dass die Zufriedenheit mit der Leistung des Fahrzeugs stimmt. Dazu informiert er sich vorab über diverse Tests und Fachzeitschriften. Auch im Gesundheitswesen sollte es zum Ziel werden, ambulante und stationäre Vergütungsmodelle zu entwickeln, die die Zufriedenheit der Bürger mit den Behandlungen und Versorgungsleistungen berücksichtigen. Doch in nahezu allen Volkswirtschaften fehlt bislang der Mut, solche Konzepte umzusetzen.

Man muss sich dazu vor Augen führen, was bei der Zufriedenheit im Gesundheitswesen zählt: Menschen sind am glücklichsten, wenn sie nur in Ausnahmefällen zu Patienten werden. Das bedeutet, wir müssen stärker in die Prävention investieren und individuelle Anreize schaffen, an solchen Programmen teilzunehmen. In erster Linie geht es also nicht darum, Kranke gesund zu machen, sondern Bürger dabei zu unterstützen, möglichst gesund zu bleiben. Ein solches System könnte ähnlich wie in Spanien, Neuseeland oder Großbritannien regional umgesetzt werden. Einzelnen Regionen wird nicht ein bestimmter Betrag pro Patient, sondern pro Bürger zur Verfügung gestellt. Gewinne lassen sich nur dann erwirtschaften, wenn für die Wiederherstellung der Gesundheit möglichst wenig Kosten anfallen.

Fairerweise muss natürlich eingeräumt werden, dass auch der „Pay for performance“-Ansatz Schwachstellen hat. So fehlen Anreize, in neue Diagnose- und Therapieverfahren zu investieren wie auch in die Entwicklung der Medizintechnologie und neuer Medikamente. Außerdem besteht die Gefahr, kranke Bürger einfach in benachbarte Regionen abzuschieben, um Behandlungskosten zu vermeiden. Schon daran zeigt sich, dass diese Vergütungsform nicht auf eine Modellregion begrenzt sein darf, sondern in einer ganzen Volkswirtschaft eingeführt werden muss.

Genau das ist aber der Grund, warum wir uns in allen Volkswirtschaften mit neuen Vergütungsmodellen im Gesundheitsbereich so schwer tun. Nicht zuletzt ist das auch immer mit Kosten verbunden. Außerdem ist die Notwendigkeit eines Systemwechsels nicht dringend gegeben, solange das Gesundheitswesen gut funktioniert. Es steht zu befürchten, dass andere Vergütungskonzepte erst zum Tragen kommen, wenn das aktuelle Gesundheitssystem nicht mehr zu finanzieren ist.

Wie sich das Gesundheitswesen verändert, wenn Zufriedenheit und Qualität zu entscheidenden Kategorien werden, können wir übrigens in der direkten Nachbarschaft beobachten: PwC Niederlande hat im Auftrag des niederländischen Gesundheitsministeriums ein System entwickelt, um die Zufriedenheit der Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen und den Nutzen der erbrachten Gesundheitsleistungen aus Sicht der Patienten/Bewohner zu messen. Dieser Benchmark wird in der Altenpflege seit nunmehr zehn Jahren erhoben. Dem Gesundheitsministerium liegen damit inzwischen mehr als 50.000 empirisch erhobene Datensätze vor. Basierend darauf wird jedes Jahr über alle Pflegeeinrichtungen hinweg ein Ranking erstellt und den Einrichtungen vorgelegt. Allein diese Wettbewerbssituation hat nachweislich bereits dazu beigetragen, die Qualität der Versorgung zu steigern und Einrichtungen für die Zufriedenheit ihrer Bewohner zu sensibilisieren.“

Statement von Michael Burkhart, Leiter des Bereichs Healthcare and Pharma von PwC Deutschland



Thieme legt „I care“ auf

>> Welche Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden und was muss jungen Menschen geboten werden, damit sie den Pflegeberuf mit Leidenschaft erlernen und langfristig ausüben? Mit solchen und

ähnlichen Fragen hat sich der Georg Thieme Verlag intensiv beschäftigt und ein neues dreibändiges Lehrwerk „I care“ aufgelegt, das nicht nur zur weiteren



Professionalisierung in der Pflege beitragen, sondern auch die Position des Berufsstandes stärken soll.

Die „I care“-Bände „Anatomie, Physiologie“, „Krankheitslehre“ und „Pflege“ orientieren sich zwar an der derzeitigen Pflegeausbildung, wurden aber bereits mit Blick auf die Generalistik umgesetzt, damit Pflegeschüler das Werk auch im Rahmen der künftigen Ausbildung nutzen können. <<

Pflege wird verdrängt

>> Für die meisten Menschen ist Pflegebedürftigkeit eine Bedrohung, vor der sie die Augen verschließen. 59% der Befragten sagen, dass sie Themen wie schwere Krankheit und Pflege am liebsten verdrängen. Das zeigen Daten aus der Pflegestudie der DKV Deutsche Krankenversicherung, für die das Marktforschungsinstitut „Heute und Morgen“ 2.000 Menschen repräsentativ befragt hat. 60 Prozent der Befragten haben bereits Erfahrungen mit Pflegebedürftigkeit in der Familie oder bei Bekannten gemacht, 19 Prozent haben aktuell einen Pflegefall in ihrem Umfeld, sechs Prozent pflegen einen Angehörigen. <<

ZQP-Themenreport „Vereinbarkeit von Beruf und Pflege“

Die Akzeptanz bleibt abzuwarten

Mit dem kürzlich aufgelegten Themenreport „Vereinbarkeit von Beruf und Pflege“ richtet das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), eine gemeinnützige operative Stiftung, die sich dem Themenfeld Qualität in der Versorgung von älteren Menschen mit Pflege- und Hilfebedarf widmet, den Fokus auf ein Gebiet, das im öffentlichen Bewusstsein noch nicht ausgeprägt genug ist. „Angesichts der demografischen Entwicklung und des steigenden Hilfe- und Pflegebedarfs sind gute Rahmenbedingungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege eine zentrale gesellschaftliche, wirtschaftliche und politische Aufgabe“, erklärt Dr. Ralf Suhr, Vorsitzender des ZQP-Vorstands, in seinem Vorwort zum Themenreport, der einen Überblick zum Diskussionsstand sowie zur aktuellen Datenlage geben und auf dieser Grundlage den Unterstützungsbedarf sowie die Passung aktueller gesetzlicher Regelungen reflektieren will.

>> Der Gesetzgeber hat, so Suhr, gute Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege seit einigen Jahren auf die politische Agenda gebracht. So sind zum 1. Januar 2015 das seit 2008 gültige Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf (Pflegezeitgesetz, kurz PflegeZG) und das seit 2012 rechtskräftige Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) angepasst worden, wobei im Letzteren unter anderem ein Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit eingeführt worden ist. Dieser greift jedoch in der Regel nur in Unternehmen mit mehr als 25 Beschäftigten, für deren Beschäftigte auch ein Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit eingeführt worden ist. Während der Familienpflegezeit kann die Arbeitszeit zum Zwecke der Pflege naher Angehöriger in häuslicher Umgebung für bis zu 24 Monate auf bis zu 15 Stunden pro Woche verringert werden.

„Diese Maßnahmen könnten für viele der pflegenden Angehörigen, die sich bereits über dauerhafte Teilzeittätigkeiten auf ihre Situation eingestellt haben, zu spät kommen“, erklärt ZQP-Vorstand Suhr. Inwieweit diese neuen Regelungen gerade bei den nachrückenden, noch nicht auf die Angehörigenpflege eingestellten Generationen pflegender Angehöriger auf Akzeptanz stoßen und zukünftig Weichen

für die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege stellen würden, bleibe abzuwarten. In jedem Fall werde zunächst die Zahl Erwerbstätiger weiter deutlich steigen, die sich parallel zur Berufstätigkeit um hilfe- und pflegebedürftige Angehörige kümmern müssten. Suhr ist sich sicher: „Mit dieser Entwicklung werden sich die Arrangements häuslicher und familiärer Pflege weiter ändern.“ Denn schon seit Jahren zeichne sich der Trend ab, die häusliche Pflege in der Familie mit verschiedenen Formen professioneller Unterstützung aus dem Bereich ambulanter und teilstationärer Pflege und haushaltsnahen Dienstleistungen zu kombinieren.

Außer Frage steht für Suhr, dass vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen und den sich ausdifferenzierenden Bedarfslagen auf Seiten der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen eine umfassende, regional verfügbare und bezahlbare Infrastruktur mit pflegerischen und haushaltsnahen Dienstleistungen und eine altersgerechte Quartiersentwicklung von zentraler Bedeutung ist, wenn das politische Ziel laute, die häusliche Pflege stabilisieren und fördern zu wollen. „Nur wenn dies gegeben ist, können Familienpflegezeit oder Pflegezeit tatsächlich dazu beitragen, die vielfach ho-

hen finanziellen, psychischen und körperlichen Belastungen pflegender Angehöriger zu mildern“, schreibt Suhr in seinem Vorwort. Zudem sollten die eigenständigen, komplexen Beratungsbedarfe von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen in den bestehenden Pflegeberatungsstrukturen und gegebenenfalls auch in Betrieben stärker berücksichtigt werden. Darum ist er als Vorstandsvorsitzender der Stiftung überzeugt: „Das öffentliche Bewusstsein und die konkrete Unterstützung der familiären Pflege sowie die Situation erwerbstätiger pflegender Angehöriger muss weiter gestärkt werden – dazu sollten die politischen Anstrengungen akteursübergreifend in Gesellschaft, Wirtschaft, Politik und Wohlfahrt auf Bund-, Länder- und kommunaler Ebene intensiviert werden, um pflegende Angehörige bei der Vereinbarung und Bewältigung dieser Aufgabenbereiche zu stärken.“

Anspruch und Wirklichkeit

Dabei ist noch viel zu tun. Denn laut einer aktuellen repräsentativen Befragung des ZQP beurteilen 80 Prozent der erwerbstätigen Deutschen die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege als schlecht. Allerdings meinen auch 73 Prozent der Befragten, dass der Rechtsanspruch auf ein „Pfle-



ZQP-Themenreport „Vereinbarkeit von Beruf und Pflege“, abrufbar unter: <http://zqp.de/index.php?pn=project&id=46>

genden-Geld“ pflegende Angehörige erheblich entlasten würde und so zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege beitragen könnte.

Die in diesem Report ebenfalls vorgestellten Ergebnisse einer im Auftrag des ZQP durchgeführten „Meta-Analyse“ sämtlicher verfügbaren Studien zum Stresserleben von pflegenden Angehörigen (516 Studien mit Daten von insgesamt 160.784 pflegenden Angehörigen) belegt, wie wichtig gute Rahmenbedingungen für die Vereinbarung von Beruf und Pflege sind. Neben Verhaltensauffälligkeiten des pflegebedürftigen Angehörigen leiden sie am stärksten unter ungelösten Vereinbarkeitskonflikten. Umge-

kehrt trägt das Erwerbsleben, wie Autor Martin Pinquart in einem Beitrag „Belastungs- und Entlastungsfaktoren pflegender Angehöriger – die Bedeutung der Erwerbstätigkeit“ darlegt, zwar auch zur Entlastung von pflegenden Angehörigen bei, die entlastenden Effekte von positiven Erfahrungen am Arbeitsplatz und eine gute Arbeitszufriedenheit seien aber deutlich geringer als die belastenden von Vereinbarkeitskonflikten. „Wesentlich für die Entlastung von Pflegenden sind insbesondere eine gute Beziehung zum pflegebedürftigen Angehörigen sowie eine positive Einstellung zur Pflegeaufgabe“, schreibt Prof. Dr. Martin Pinquart, Professor für Entwicklungspsychologie an der Philipps-Universität Marburg in seinem Beitrag.

Er sieht aber auch Lichtblicke, wenn er schreibt, dass immer mehr Unternehmen vor dem Hintergrund alternder Belegschaften und des Fachkräftemangels eine pflegesensible Personalpolitik als wichtigen Baustein zur dauerhaften Mitarbeiterbindung erkennen lassen. Dennoch seien allerdings – gemessen an der Nachfrage – die für viele Beschäftigte geltenden gesetzlichen Regelungen im Rahmen der Pflegezeit und Familienpflegezeit für eine bessere Vereinbarkeit bislang nur mäßig erfolgreich. Doch bleibe die Akzeptanz der ab 1. Januar 2015 erweiterten Ansprüche abzuwarten.

Unterschiedliche Strategien

Wie die Analysen des Sozioökonomischen Panels (SOEP) – die im Themenreport dargestellt werden – zeigen, pflegt schon heute jede siebzehnte Person in der erwerbsfähigen Bevölkerung einen Angehörigen. In der Altersgruppe ab 45 Jahren treffe dies sogar bereits auf rund jede zehnte

Person zu. Diese Personengruppe wendet einen guten Teil ihrer Freizeit für die Pflege auf: 48 % der Pflegepersonen benötigen täglich bis zu eine Stunde dafür, die übrigen 52 % mehr als eine Stunde. Mit zunehmendem Pflegeaufwand und -dauer schränken pflegende Angehörige ihre Erwerbstätigkeit ein oder geben sie ganz auf.

Interessanterweise belegen die in diesem Themenreport präsentierten Analysen des SOEP unterschiedliche Strategien von pflegenden Frauen und Männern: Während pflegende Frauen eher die Wochenarbeitszeit reduzieren, tendieren pflegende Männer dazu, ab einer stärkeren Pflegebelastung ganz aus dem Erwerbsleben auszusteigen. Insgesamt sind unter den erwerbstätigen Pflegepersonen mehr Frauen als Männer vertreten: In der Gruppe der 45- bis 54-Jährigen pflegen 10 % der Frauen gegenüber 6 % der Männer, bei den 55- bis 64-Jährigen sind es 11 % der Frauen gegenüber 8 % der Männer.

Auch im Vergleich von pflegenden Angehörigen im Erwerbs- und Rentenalter zeichnen sich unterschiedliche Pflegekonstellationen ab. Während die klare Mehrheit der Pflegepersonen im Rentenalter für den Partner oder die Partnerin sorgt, kümmern sich erwerbstätige pflegende Angehörige am häufigsten um ihre pflegebedürftigen Kinder (39 %). Rund ein Viertel ist jeweils für den Partner oder die Partnerin oder die eigenen Eltern da.

Mit Blick auf die aktuelle Gesetzeslage sind zwei Ergebnisse besonders beachtenswert:

- fast jede zehnte erwerbstätige Pflegeperson (8 %) unterstützt Personen außerhalb des engsten Familienkreises.
- Allerdings wird nur der engste Familienkreis durch das Sozialleistungsgesetz berücksichtigt.

Differenziert man nach der Unternehmensgröße, wird auffällig, dass Pflegepersonen gehäuft in kleineren Betrieben tätig sind, wie Dr. Johannes Geyer, wissenschaftlicher Mitarbeiter am DIW Berlin, in seiner Analyse „Informell Pflegende in der deutschen Erwerbsbevölkerung: Soziodemografie, Pflegesituation und Erwerbsverhalten“ darstellt.

Insbesondere Pflegepersonen aus Pflegehaushalten arbeiten laut Geyers Erkenntnissen mit einem Anteil von 37 % deutlich häufiger als die übrige Erwerbsbevölkerung (26 %) in kleinen Betrieben mit weniger als 20 Beschäftigten. Ein ähnliches Muster zeige sich auch bei Unternehmen mit einer Betriebsgröße zwischen 20 und 200 Beschäftigten. Hier sind Pflegepersonen mit eigenem Haushalt und mehr als einer Stunde Zeitaufwand für die Pflege gehäuft vertreten (Pflegepersonen: 35 %; übrige Erwerbsbevölkerung: 26 %). Umgekehrt arbeiten pflegende Angehörige seltener als die übrige Erwerbsbevölkerung (23 %) in größeren Unternehmen mit mehr als 2.000 Beschäftigten: Dies gilt vor allem für intensiv pflegende Angehörige (16 %) sowie in Pflegehaushalten Lebende (13 %).

Aus diesen und vielen weiteren Analysen folgert Geyer, dass die Ergebnisse der von ihm vorgelegten multivariaten Schätzungen nachweisen würden, dass Unterschiede im Erwerbsverhalten zwischen Erwerbspersonen mit und ohne Pflegeaufgaben nicht allein auf soziodemografische Unterschiede zurückgeführt werden können. Vielmehr hätte aufgezeigt werden können, dass sich zeitaufwendige Pflegetätigkeit negativ auf die Erwerbsquoten von Männern und Frauen auswirkt. Dabei spiele es keine Rolle, ob diese Pflege innerhalb oder außerhalb des eigenen Haushaltes ausgeübt werde. <<

BMG setzt Beirat ein

>> „Es kommt nun darauf an, dass die gesetzlichen Regelungen sorgfältig und zügig im Sinne der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen umgesetzt werden. Dazu dient der heute gebildete Beirat“, erklärte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe anlässlich des von ihm installierten Beirats, der das BMG in der letzten Vorbereitungsphase vor der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs am 1. Januar 2017 beraten soll. Der neue Beirat steht dabei in der Tradition der beiden Expertenbeiräte zum Pflegebedürftigkeitsbegriff aus den Jahren 2007-2009 und 2012-2013. Mit diesem will er „gemeinsam mit den Expertinnen und Experten aus der Pflege“ den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff für die Pflegebedürftigen „in unserem Land zum Erfolg führen“.



Gesundheitsminister Hermann Gröhe (C: Steffen Kugler/BMG)

Dem Staatssekretär Karl-Josef Laumann, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und Bevollmächtigter für Pflege, ist dabei „besonders wichtig“, dass alle Beteiligten die Umsetzung zügig so angehen, damit Pflegebedürftige und ihre Angehörigen in einem Jahr die Verbesserungen spüren können. In der ambulanten Pflege, aber vor allem auch in stationären Einrichtungen müsse dann der tatsächliche Unterstützungsbedarf besser erfasst und durch Leistungen gerechter abgebildet werden. Laumann erwartet darum von den Beiratsmitgliedern, dass sie im Sinne der Pflegebedürftigen pragmatische Lösungsansätze bei Fragen der Umsetzung erarbeiten. <<

RHEINLAND-PFALZ: 1. Kammer

Mit 40.000 Mitgliedern wird die Landespflegekammer die größte Kammer in Rheinland-Pfalz sein!

Quelle: www.pflegekammer-gruendungskonferenz-rlp.de

28.105 der rund 40.000 in Rheinland-Pfalz professionell Pflegenden haben sich registriert, 10.897 haben 81 Vertreter in die Vertreterversammlung gewählt.

Quelle: www.100prozent-pflegekammer.de

Endgültiges Wahlergebnis zur Vertreterversammlung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz

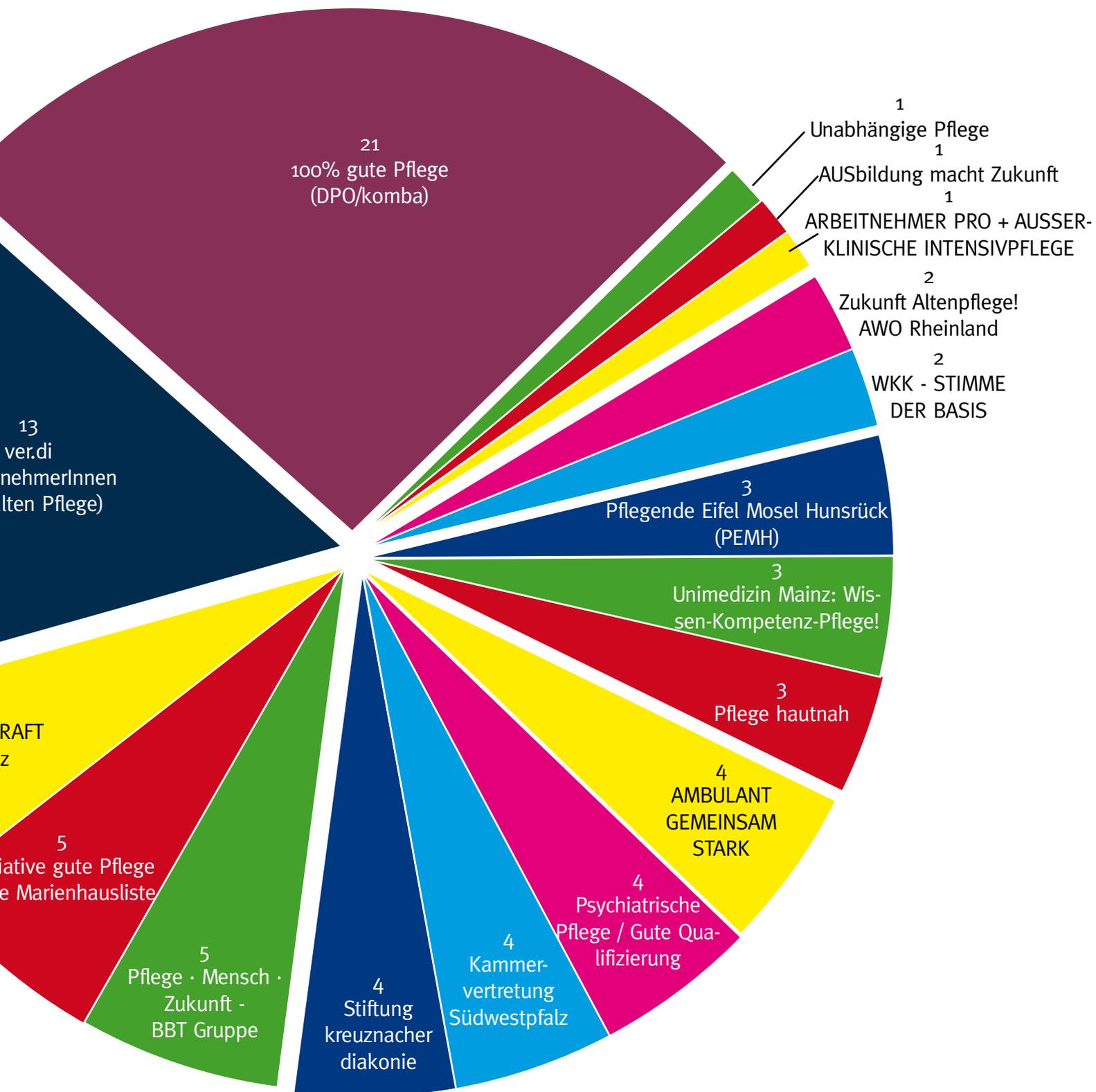
Platz	Listenname	Stimmen	Prozent	Sitze
1	100% gute Pflege (DPO/komba)	2.849	26,14	21
14	ver.di - ArbeitnehmerInnen gestalten Pflege	1.724	15,82	13
9	Pflege · Mensch · Zukunft - BBT Gruppe	687	6,30	5
4	PflegeKRAFT Pfalz	681	6,25	5
6	Initiative gute Pflege - die Marienhausliste	670	6,15	5
12	AMBULANT GEMEINSAM STARK	558	5,12	4
10	Psychiatrische Pflege / Gute Qualifizierung	527	4,84	4
3	Kammervvertretung Südwestpfalz	493	4,52	4
2	Stiftung kreuznacher diakonie	480	4,4	4
15	Pflegende Eifel Mosel Hunsrück (PEMH)	424	3,89	3
11	Unimedizin Mainz: Wissen-Kompetenz-Pflege!	386	3,54	3
7	Pflege hautnah	360	3,30	3
16	Zukunft Altenpflege! AWO Rheinland	269	2,47	2
5	WKK - STIMME DER BASIS	243	2,23	2
8	Unabhängige Pflege	192	1,76	1
17	ARBEITNEHMER PRO + AUSSERKLINISCHE INTENSIVPFLEGE	184	1,69	1
13	AUSBildung macht Zukunft	170	1,56	1
	Gesamt	10.897	100,0	81

(Arbeit
gesta

5
PflegeK
Pfalz

Initi
- di

er in Rheinland-Pfalz



Dipl.-Päd. Irena Angelovski

Chancen und Herausforderung interkultureller Teams in der Pflege

Die Zahl der Menschen, die Deutschland erreichen, nimmt täglich zu: 2015 wurden 1.091.894 Asylsuchende im EDV-System EASY (Erstverteilung der Asylbegehrenden) registriert. Dabei sind Fehl- bzw. Doppelerfassungen nicht ausgeschlossen. Viele der Asylbewerber sind durch die Umstände der Flucht sowie durch Krieg, Gewalt oder Bedrohungen in ihren Herkunftsländern traumatisiert. Sie leiden unter akuten oder chronischen Erkrankungen und benötigen medizinische Hilfe. Auf der anderen Seite befinden sich unter den Flüchtlingen zahlreiche Personen, die schon in ihrer Heimat im Gesundheitsbereich gearbeitet haben oder dies in Zukunft wollen. Die Analyse des Ist-Zustandes bildet daher immer häufiger Anlass für Forschung, Symposien oder Workshops mit dem Ziel den großen Bedarf an Gesundheitspersonal in Deutschland mit den zugewanderten Fachkräften zu decken. Dabei sollte allen Beteiligten klar sein, dass die Vermittlung von Deutschkenntnissen oder die Anerkennung von Berufsabschlüssen nicht ausreichen und die Zusammenarbeit dann „automatisch“ gelingt. Damit interkulturelle Teams im Krankenhaus und Pflegeeinrichtungen funktionieren ist interkulturelle Kompetenz – vor allem im mittleren Management – gefragt.

>> Anders als in der Industrie, in der seit langem Diversity-Management betrieben wird, sind im Gesundheitswesen die Herausforderungen des interkulturellen Teams eher vernachlässigt worden. Weder in den grundständigen Ausbildungen noch in den staatlichen Weiterbildungen ist das Thema Interkulturalität in den Curricula verpflichtend verankert. Dabei beinhaltet das Konzept von Diversity durchaus Aspekte, die in der aktuellen Situation nützlich in die Praxis einfließen könnten. In weitgefassten Definitionen bezieht sich Diversity auf jede denkbare Verschiedenartigkeit von menschlichen Persönlichkeiten und charakteristischen Merkmalen. Damit ist der Begriff zunächst wertneutral, erfährt aber durch zwei Perspektiven sowohl eine negative wie positive Konnotation. Im Zusammenhang mit Heterogenität wird mit dem Begriff die Perspektive von Ungleichheit und Differenz verknüpft, während die positive Sicht mit Vielfalt zum Ausdruck kommt. Im Terminus „cultural diversity“ schwingen Begriffe wie Werte, Sprache, Lebensziele und Weltanschauungen mit, die wiederum verdeutlichen, wie weit der Begriff zu verstehen ist. Mit der Verknüpfung der Begriffe Kultur und Diversity kann im Zuge der neu entstandenen Vielfalt im Gesundheitsbereich besser Ausdruck verliehen werden. (Vgl. Wolfsgruber 2015: 25)

Der Bedarf an Pflegekräften ist groß und in der Altenpflege über-

Zusammenfassung

Fachkräftemangel und Pflegenotstand sind allgegenwärtige Themen im Arbeitsalltag und in den Medien. Seit einiger Zeit mehren sich die Berichte über – vorwiegend leider wenig erfolgreiche – Projekte, in denen die Akquise von neuen Pflegekräften aus dem Ausland dargestellt wird. Mit der Idee, Personal unter Asylbewerbern zu suchen, erhält die Debatte eine weitere Dimension und längst notwendige Schritte für Reformen in der Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals sollten jetzt umgesetzt werden. Meist wird misslungene Zusammenarbeit nämlich mit den mangelnden Sprachkenntnissen begründet, dabei sind die Ursachen für Störungen im Team jedoch eher in den unterschiedlichen Auffassungen von „Pflege“ und „Führung“ zu suchen, die kulturell geprägt sind.

Studien belegen, dass sich interkulturelle Kompetenz zur Schlüsselqualifikation entwickelt hat, weil Veränderungen der Bevölkerungsstruktur und des Arbeitsmarktes in Deutschland gravierende gesellschaftliche Konsequenzen haben. Die Beantwortung der Fragen, welchen Einfluss die Beschäftigung internationaler Fachkräfte auf die Gesundheitsunternehmen hat und wie sich die aktuelle Situation durch die Flüchtlinge entwickelt, sind daher zentrales Thema dieses Artikels.

Sie erfahren, wie interkulturelle Teams funktionieren können, worin sich das Pflegeverständnis in verschiedenen Kulturen unterscheidet und wo es übereinstimmt. Sie werden praxisnah darüber informiert, wie Sie sich und Ihre Mitarbeiter auf die Kolleginnen aus dem Ausland vorbereiten können und welche Vorteile internationales Personal für das Unternehmen hat.

Schlüsselwörter

interkulturelle Kompetenz, Schlüsselqualifikationen, kultursensible Pflege, Diversity Management, Pflegefortbildung

steigt schon seit Jahren die Zahl der bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldeten offenen Stellen jene der arbeitslosen Fachkräfte. Bis zum Jahr 2025 prognostizieren Studien, dass in der Altenpflege 150.000 bis 180.000 Stellen in Vollzeit neu zu besetzen sein werden. Gleichzeitig steht die Pflege in immer größer werdender Konkurrenz mit anderen Branchen um Nachwuchs, da es immer weniger Menschen im erwerbsfähigen Alter gibt. Folgerichtig wird die Pflege zu den Berufen mit dem größten Arbeitskräftemangel gezählt und auf einer „Positivliste“ geführt. Politische Reformen begünstigen die Zuwanderung von Pflegekräften aus der ganzen Welt, obwohl noch unklar ist, wie sich eine steigende Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte auf die Gesamtsituation in den Einrichtungen auswirkt. Fest steht, dass der kulturelle, sprachliche und pflegefachliche Hintergrund der Beschäftigten entscheidend für die Integration am Arbeitsplatz ist und Folgen für die Motivation, Unternehmensbindung und Gesundheit der Beschäftigten hat. (Vgl. Merda et al. 2014: 4f) Inwieweit sich Asylbewerber als neue Mitarbeiter im Gesundheitswesen akquirieren lassen, kann zurzeit noch nicht beurteilt werden, da „belastbare Daten über das Qualifikations- und Berufsprofil von Flüchtlingen noch fehlen“ (Siegert et al. 2015: 28). Dabei könnte der Arbeitsmarkt auf einen großen Pool von gut ausgebildeten Menschen zurückgreifen, die in letzter Zeit nach Deutschland geflohen sind. Unter ihnen befinden sich zahlreiche Ärzte und Pflegekräfte. Die Stadt Neumünster hat Ende 2015 darauf reagiert und eine ei-

1: <http://www.ndr.de/nachrichten/schleswig-holstein/Neumuenster-Klinik-will-Fluechtlinge-beschaeftigen,krankenhaus464.html>

gene Behandlungseinheit aufgebaut, um die Flüchtlinge auch in Zukunft versorgen zu können: Fast 20 neue Stellen sind dafür ein-geplant, wobei drei Ärzte und vier Pflegekräfte aus Fluchtländern stammen sollen. „Wir erleben, dass hoch qualifizierte Menschen zu uns ins Land kommen. Es wäre geradezu fahrlässig, diese Menschen in Erstaufnahme-Einrichtungen auf ihr Asylverfahren warten zu las-sen“, sagt Innenstaatssekretär Ralph Müller-Beck¹.

Das Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen (NDGR e.V.) veran-staltete in Berlin einen Workshop zu einem Erfahrungsaustausch über Wege zur Integration von Zuwanderern in die Gesundheitsbe-rufe. Dabei kristallisierten sich folgende notwendigen Maßnahmen zur Erfassung, Ausbildung und Integration der potentiellen neuen Mitarbeiter heraus:

- neue Verfahren zur Registrierung und frühzeitigen Erkennung von Gesundheitskompetenzen
- Beschleunigung der Anerkennungsverfahren
- Ausbau interkultureller Kompetenzen im mittleren Management von Gesundheitseinrichtungen
- Wirksame Öffentlichkeitsarbeit, um Flüchtlinge mit Gesundheitskompetenzen als große Zukunftschance in der Gesundheitswirt-schaft darzustellen²

Die Beschäftigung internationaler Fachkräfte hat immer Ein-fluss auf die gesamte Einrichtung. Die Einarbeitung ausländischer Pflegekräfte und ihre berufliche Begleitung stellt für bereits tätige Leitungskräfte und Kollegen eine alltägliche Herausforderung dar, sodass auch bei diesen größere psychische Arbeitsbelastungen, Stö-rungen der gewohnten Arbeitsabläufe und ein Anstieg gesundheit-licher Risiken die Folge sein können. (Vgl. Merda et al.2014: 4f) Zu diesem Ergebnis kommen auch der Deutsche Pflegerat (DPR) und der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) „Hohe Arbeits-verdichtung, unstrukturierte Reorganisation der Aufgaben, wenig Weiterbildung und zu geringe Entlohnung in der Pflege, mit diesen Erkenntnissen rückt der aktuelle „Arbeitsreport Krankenhaus“ den Berufsalltag im Krankenhaus in ein trübes Licht“.³

Positive Effekte durch neue Impulse, die zu einer erhöhten Zufrie-denheit von Mitarbeitern und Klienten, zu einer verbesserten Koope-ration und Kommunikation in Arbeitsteams und insgesamt zu einer positiven Atmosphäre führen können, werden häufig unterschätzt. In der Konsequenz sind Fluktuation und hoher Krankenstand oft eine zusätzliche personale und ökonomische Belastung.

Wie auch im Schlussbericht „Arbeitsschutzbezogene Herausfor-derungen der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte in Deutsch-land“ festgestellt wird, ist in erster Linie das Unternehmen und die einzelne ausländische Pflegekraft verantwortlich, wenn interkultu-reller Teams lernen müssen zusammenzuarbeiten. (Merda et al.2014: 39) Aus den Fakten lassen sich folgende Thesen ableiten, die Ein-fluss auf die entsprechenden Maßnahmen haben:

- Es gibt immer mehr Pflegebedürftige und immer weniger Fachkräf-te, die diese Pflege leisten können.
- Die Anzahl der Pflegekräfte aus dem Ausland hat sich signifikant erhöht.
- Die Bewertung was „gesund“ oder „krank“ ist, sowie die Art, wie Menschen führen und geführt werden wollen ist kulturabhängig.

Interkulturelle Kompetenz in der Pflege ist eine Schlüsselqualifikation

Es stellt sich also die Frage, wie interkulturelle Kompetenz aufge-baut und im Arbeitsalltag implementiert werden kann. Dabei lassen sich mehrere Ebenen ausmachen:

1. Die Patienten-Pflegekraft-Perspektive

Patienten, Bewohner und Kunden setzen sich immer internatio-naler zusammen, weil zum einen die erste Migrationswelle der soge-nannten Gastarbeiter ins Rentenalter kommt und damit häufiger der Unterstützung bedarf. Zum anderen ist die Anzahl an neuen Zuwan-derern so hoch, wie seit über 20 Jahren nicht mehr. Die Herausforde-rung an Pflegekräfte hat sich noch einmal dramatisch erhöht, da die meisten Flüchtlinge keine Deutschkenntnisse haben und teilweise traumatisiert sind.

Die Auseinandersetzung mit kulturellen Unterschieden und Ge-meinsamkeiten im multikulturellen Deutschland ist aber nicht nur aus Gründen brisant, die in Statistik, Demographie oder Politik zu suchen sind. Gerade im Gesundheitsbereich sind soziale Aspekte von immenser Bedeutung, weil Menschen, wenn sie krank sind, Schmer-zen oder Angst haben, noch viel abhängiger von dem Gefühl sind, verstanden zu werden – und damit ist eben nicht nur die Sprache gemeint.

Die meisten Pflegekräfte haben mit internationalen Patienten oder Bewohnern langjährige Erfahrungen aus der Praxis. Obwohl die-se häufig mit Erinnerungen an große Besuchergruppen oder Sprach-defizite verknüpft sind, gelingt kultursensible Pflege gut, weil das Thema erforscht ist und es umfangreiche Literatur dazu gibt.

2. Die Kollegen-Perspektive

Pflegekräfte sind immer Mitglied eines multiprofessionellen Teams, sei es im Krankenhaus oder in einer Altenpflegeeinrichtung. In allen Bereichen arbeiten inzwischen Menschen aus den verschie-densten Kulturen mit zum Teil sehr unterschiedlichen Ideen davon, was Gesundheit und Krankheit bedeutet.

„Dass Migration tiefgreifende soziale Veränderungen sowohl für die zugewanderten Menschen als auch die Aufnahmegesellschaft bedeutet, ist bekannt und unumstritten. Die Auswirkungen für den Gesundheitsbereich werden jedoch erst seit Kurzem erforscht und die Ergebnisse spiegeln sich noch nicht im Alltag wider. Waren die Interdependenzen früher überschaubar, haben heute die demogra-phischen und strukturellen Veränderungen zu einer Vielzahl von interkulturellen Überschneidungen im Gesundheitsbereich geführt:

Da trifft eine Ärztin aus Georgien auf eine Patientin aus der Türkei, im OP steht eine Krankenschwester aus Russland und der deutsche Oberarzt diskutiert mit der Verwaltungsangestellten, deren Eltern in Italien geboren worden sind.“ (Angelovski, 2012: 8)

Die Herausforderungen an Pflegekräfte sind also in mehrfacher Hinsicht groß, denn sie befinden sich an den Schnittstellen Patient-

2: http://www.deutsche-gesundheitsregionen.de/fileadmin/ndgr/PM_NDGR_151206.pdf

3: <https://www.station24.de/bildung-aktuell/-/content/detail/7126622>

Arzt, und Arzt-Pflege, in denen nun wegen der Internationalisierung eine noch höhere Kommunikationsfähigkeit benötigt wird. Misslungene Kommunikation im interkulturellen Team wird häufig den mangelnden Deutschkenntnissen der zugewanderten Mediziner und Pflegekräfte zugeschrieben. Dass diese Erklärung nicht ausreicht, wird deutlich, wenn man sich dem Kulturbegriff vertiefend nähert:

Was ist Kultur?

Eine allgemeingültige Kulturdefinition lässt sich aufgrund der Komplexität des Begriffes und seiner Zugehörigkeit zu verschiedenen Fachbereichen nicht ohne weiteres geben. Der Begriff soll daher im Rahmen dieses Artikels kontextuell für das Gesundheitswesen eingegrenzt werden.

Die „Kultur“ ist auf das lateinische Wort cultura, zurückzuführen und bedeutet Bearbeitung, Bebauung, Anbau, Pflege. Bald wurde es auch außerhalb seines landwirtschaftlichen Kontextes genutzt und mit der Übersetzung Ausbildung, Veredelung (Duden: Das Herkunftswörterbuch, 2001) dem heutigen Kulturverständnis nahegebracht. Dafür sprechen auch die in den üblichen Schreibprogrammen verfügbaren Synonyme Zivilisation, Fortschritt, Entwicklung. Einer der wichtigsten Forscher in der kulturvergleichenden Psychologie – Alexander Thomas – definiert ‚Kultur‘ folgendermaßen:

„Kultur ist ein dynamisches, werthaltiges Orientierungssystem, in welches jeder Einzelne zunächst hineingeboren und sodann durch die Einflüsse seines Umfeldes, speziell der Eltern, Freunde, Vorbilder, Erzieher und Lehrer, geprägt wird.“

(Reimer-Conrads/Thomas 2009: 13)

Noch weiter gefasst möchte Geert Hofstede den Begriff sehen, einer der Pioniere in der Erforschung der kulturellen Unterschiede:

„Kultur ist erlernt und nicht ererbt. Sie leitet sich aus unserem sozialen Umfeld ab, nicht aus unseren Genen. Man sollte die Kultur unterscheiden von der menschlichen Natur einerseits und von der Persönlichkeit eines Individuums andererseits, doch wo genau die Grenze zwischen Natur und Kultur bzw. zwischen Kultur und Persönlichkeit liegen, ist unter Sozialwissenschaftlern umstritten.“

(Hofstede, 2005: 4)

Mit dieser oder ähnlichen Definitionen wird die Körperlichkeit des Menschen als universell bestätigt. Jedoch entsteht der Eindruck, dass Kultur als Wirkungsfaktor der Biologie übergestülpt wird. Dabei stehen beide – Kultur und universelle Biologie des Menschen – in wechselseitiger Abhängigkeit. So lassen sich unterschiedliche Interpretationen von Krankheiten und deren verschiedenen Ausprägungen erklären. Hofstede hat in seiner Forschung Kulturen miteinander verglichen, indem er sie nach den sogenannten Kulturdimensionen untersuchte. Die wichtigsten seien hier genannt und an Beispielen aus der Organisation Krankenhaus erläutert:

„Machtdistanz ist ein Gradmesser für Ungleichheit in der Gesellschaft.“

(Hofstede, 2005: 51)

In der Organisation Krankenhaus ist sie besonders wichtig, da

dort die hierarchischen Strukturen ausgeprägt und stark tradiert sind. Diese Gefüge bieten daher eher die Möglichkeit einer Gemeinsamkeit zwischen den unterschiedlichen Kulturen, weil die Organisationsstrukturen bei aller Unterschiedlichkeit in Ausstattung, Ablauf und Finanzierung ähnlich sind. Pflegekräfte sollten im interkulturellen Team daher ihren Status (er)klären, um Missverständnisse zu vermeiden.

Individualismus/ Kollektivismus:

Hofstede erläutert die Dimension folgendermaßen:

„Individualismus beschreibt Gesellschaften, in denen die Bindung zwischen den Individuen locker sind;... Sein Gegenstück, der Kollektivismus, beschreibt Gesellschaften, in denen der Mensch von Geburt an in starke, geschlossenen Wir-Gruppen integriert ist.“

(Hofstede, 2005: 97)

Deutschland ist eher individualistisch geartet, während das ausländische Personal häufig aus kollektivistisch geprägten Kulturen kommt. Diese Kulturdimension spiegelt sich vor allem in der Pflege wider, weil westliche Medizin in der ganzen Welt ähnlich geschult und betrieben wird. Das heißt: Während Ärzte sich schnell die Denkweise deutscher Mediziner erklären können, sind Pflegekräfte oft damit überfordert und erleben ihre deutschen Kollegen als herz- und respektlos. Prägend wirkt sich der Individualismus auf das Pflegeverständnis aus: Angelehnt an das aus den Niederlanden übernommene Konzept der „Selbständigkeit“ unterstützen in Deutschland die Pflegekräfte den Erhalt bzw. die Wiedererlangung der Selbstpflege. Damit zeigt sich eine klare Individualisierungstendenz auch in der Pflege. Auf der anderen Seite streben pflegebedürftige, kranke oder alte Menschen in Deutschland ihre Selbstversorgung an. Die umfassende Pflege durch die Familie wird daher von beiden Seiten als Last und als Verlust der eigenen hoch angesehenen Autonomie empfunden. Wegen finanzieller Engpässe in der Gesundheitspflege gibt es in vielen europäischen Ländern wieder eine Rückbesinnung auf die Familie als primäre Pflegeinstitution (vgl. Angelovski, 2012: 30f).

Unsicherheitsvermeidung:

Was anders ist, ist gefährlich (Hofstede, 2005: 217ff). Wie oben schon erwähnt, entspringt das deutsche Versicherungssystem der Tendenz uneindeutige Situationen zu vermeiden. Ärzten und Pflegekräften aus dem Ausland finden daher dieses Bild immer sehr eindrücklich: Das Bedürfnis der doppelten Absicherung mit Gürtel und Hosenträger erklärt zum Beispiel die häufig eingeholte zweite Meinung nach einer Diagnosestellung durch deutsche Patienten. Ebenso lassen sich die ausländerfeindlichen Bewegungen wie PEGIDA damit deuten. Obwohl gerade in Mittdeutschland der Anteil von Ausländern besonders niedrig ist, haben die Menschen dort die größten Berührungspunkte. Anders als im Westen gab es dort keine Einwanderung der sogenannten Gastarbeiter, sodass das internationale Miteinander sich nicht kulturalisiert hat. Es ist also nicht verwunderlich, dass erste Untersuchungen zur Integration von Pflegekräften zum Ergebnis kommen, dass diese nur möglich sind, wenn es hier zu Perspektivwechseln kommt und die Voraussetzungen geschaffen werden, die eine Akzeptanz in der Bevölkerung schaffen (Siegert et al. 2015: 17).

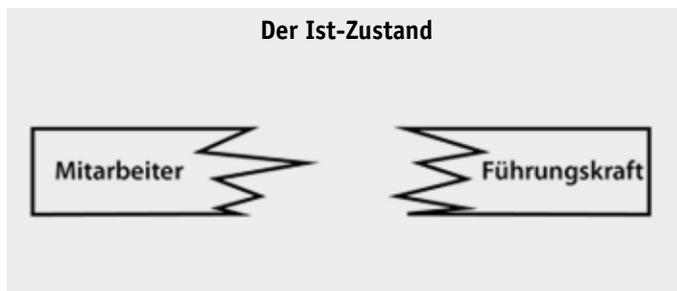


Abb. 1: Der Ist-Zustand (Quelle: eigene Darstellung).

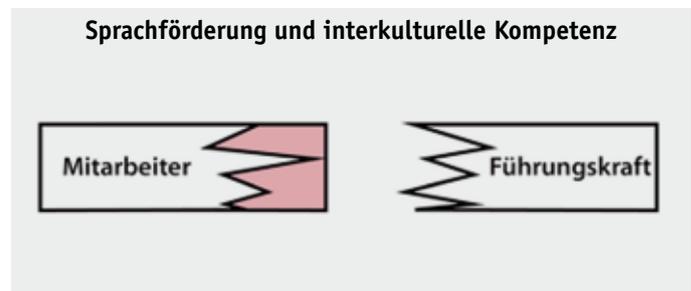


Abb. 2: Sprachförderung und interkulturelle Kompetenz für ausländische Mitarbeiter (Quelle: eigene Darstellung).

Die nächsten Schritte

Stellen Personalverantwortliche ein Team zusammen, so achten sie darauf, dass die einzelnen Mitglieder kompatibel sind. Zusätzliche Faktoren, die das internationale Team kennzeichnen, können dabei kaum berücksichtigt werden, zumal die Datenlage noch vollkommen unzureichend ist. Es darf sich daher niemand wundern, wenn die Passgenauigkeit bei den Beteiligten nur mangelhaft ist. Das ist in Abb. 1 grafisch dargestellt.

Die Vermittlung interkultureller Kompetenz ist nicht verbindlich geregelt, sondern wenn überhaupt, projektgebunden. Die Möglichkeit kurzfristig die notwendigen Kompetenzen zu entwickeln, ist daher im Bereich Fort- und Weiterbildung anzusiedeln. Personalentwickler sind gefragt, die Beteiligten mit den Fähigkeiten auszustatten, die sie brauchen, damit interkulturelle Teams nicht nur funktionieren, sondern sogar zur Bereicherung werden:

Dabei gilt es nicht nur die zugewanderten Fachkräfte sprachlich besser vorzubereiten, indem sie rechtzeitig das Fachdeutsch lernen oder wissen, wie korrekt dokumentiert wird, sondern die Hürden zu überwinden, die sich aufgrund unterschiedlicher Pflegeverständnisse ergeben.

Nachhaltigen Erfolg haben solche Schulungen aber nur, wenn gerade das mittlere Management der Gesundheitseinrichtungen auch von den kulturbedingten Unterschieden im Umgang mit Krankheit und Rehabilitation weiß. Oberärzte sind da genauso gefragt wie Bereichsleitungen und Pflegedienstleitungen, damit sie sich die „übertriebene“ Unterstützung bei Patienten durch ihre neuen Kollegen besser erklären.

Ein weiterer zentraler Ansatzpunkt in der Fortbildung ist Wissen um den interkulturellen Unterschied im Bereich „Führung“. Im mittleren Management haben personalbezogene Aufgaben sowohl im ärztlichen Bereich als auch in der Pflege einen großen Stellenwert. In den Curricula der Weiterbildungen ist theoretisches Wissen über die Einführung und Einarbeitung neuer Fachkräfte genauso Bestandteil wie Werkzeuge zur Anleitung nachgeordneter Mitarbeiter sowie Kontrolle der ihnen übertragenen Tätigkeiten im Hinblick auf Ausübung und Resultat. Auch bei der Beurteilung von Mitarbeitern wirken diese Führungskräfte mit. Dabei bemühen sie sich um einen kooperativen Führungsstil, der ihnen während der Weiterbildung vermittelt wurde: Sie beziehen ihre Mitarbeiter in das Betriebsgeschehen ein, erlauben Diskussionen und erwarten sachliche Unterstützung. Bei Fehlern strafen sie nicht, sondern helfen. Sind die Teams jedoch international zusammengesetzt, kann davon ausgegangen werden, dass die Mitarbeiter ein anderes Verhalten von ihren Vorgesetzten erwarten und auch gewohnt sind. Vor allem in Osteuropa herrscht ein eher autoritärer Führungsstil vor und die Mitarbeiter sind klar Anweisungen gewohnt. Auf der anderen Seite sind Vorschläge zu Veränderungen seitens der Mitarbeiter unerwünscht. Ursache dieser Prägung ist die Kultur, in der der einzelne aufgewachsen ist, weil gesellschaftliche Instanzen wie Familie, Schule und Betrieb maßgeblich an unseren (Führungs-)Erfahrungen beteiligt sind (Maelicke, 2004). Dieses Verhalten ist also gelernt, nicht geerbt und kann daher modifiziert werden.

In einer Fortbildung dürfen sich Inhalte daher nicht nur auf Fach-

Literatur

- Angelovski, Irena: Sie sind ja Ausländer! Schlütersche Verlagsgesellschaft Hannover, 2012
- Hofsteede, Geer/Hofsteede, Gert Jan: Lokales Denken, globales Handeln. Beck- Wirtschaftsberater im DTV, 2005
- Lennartz, Peter/Kersel, Hans: Stationärer Pflegemarkt im Wandel Gewinner und Verlierer 2020, im Auftrag von Ernst & Young GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, 2011
- Maelicke, Bernd: Führung und Zusammenarbeit. Baden Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2004.
- Merda, Meiko/Braeseke, Grit/Kähler, Bernd: Arbeitsschutzbezogene Herausforderungen der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte in Deutschland, 2014 Online verfügbar: <https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Grundlagen-Forschung/GPR-Medientypen/bgw-forschung/Migrationshintergrund-Pflegekraft.html>
- Ostwald, Dennis A/Ehrhard, Tobias/ Bruntsch, Friedrich/Schmidt, Harald/Friedl, Corinna
Fachkräftemangel Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030
Online verfügbar: http://www.pwc.com/en_GX/gx/psrc/pdf/the-lack-of-qualified-staff-in-the-ambulant-and-non-ambulant-health-segment-by-2030.pdf (11.7.2013)
- Siegert, Andreas/Ketzmerick, Thoma/Ohliger, Rainer: ankommen – Menschen gewinnen, Migration ermöglichen, demografischen Wandel in Sachsen-Anhalt gestalten, Handbuch. Halle, ZSH 2015
- Reimer-Conrads, Thomas/Thomas, Alexander: Beruflich in den arabischen Golfstaaten, Trainingsprogramm für Manager, Fach- und Führungskräfte, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2009
- Wolfsgruber, Gabi: Soziale Arbeit und soziokultureller Diversität. Handlungskompetenzen für Fachkräfte der Kinder- und -Jugendarbeit. Budrich uniPress, Opladen Berlin Toronto 20152.

Interkulturelle Kompetenz als Basis der Zusammenarbeit



Abb. 3: Interkulturelle Kompetenz als Basis für gelungene Zusammenarbeit (Quelle: eigene Darstellung).

themen beschränken, sondern sollten die notwendige Voraussetzung für eine angemessene, erfolgreiche und für allen Seiten zufrieden stellende Kommunikation, Begegnung und Kooperation zwischen Menschen unterschiedlicher Kulturen schaffen (Reimer-Conrads/Thomas 2009). Für die Entwicklung interkultureller Kompetenz von Führungskräften lassen sich daraus mehrere Lernfelder ableiten:

- Analyse des eigenen kulturellen Standpunkts
- basistheoretisches Wissen zur Interkulturalität
- Grundlagen der interkulturellen Kommunikation

Die Inhalte sollten in erster Linie Aufgaben, Rolle und Funktion der Teamleitung veranschaulichen und Berufsorientierung unter Berücksichtigung interkultureller Parameter bieten. Darunter fällt auch die Dienstplangestaltung, die unter Verwendung eines besonderen Kalenders Möglichkeiten zur Entzerrung an Feiertagen bietet⁴: So feiert man in der griechisch-orthodoxen Kirche erst am 6. Januar Weihnachten und alle Mitglieder eines interkulturellen Teams können davon profitieren.

Ein weiterer Baustein für die gelungene interkulturelle Zusammenarbeit ist die Ausbildung von Multiplikatoren und Mentoren. Damit Gesundheitsunternehmen langfristig den neuen Herausforderungen gerecht werden, sollten Interessierte die Möglichkeit haben, sich vertiefend interkulturelle Kompetenz anzueignen, um dann sowohl neue Kolleginnen als auch deren Vorgesetzte zu beraten und damit zu einer Verbesserung des Arbeitsalltags beizutragen. In Funktion eines Integrationsbeauftragten können sie Informationsabende für

⁴: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Sonstige/interkultureller-kalender-2015_pdf.pdf;jsessionid=73717CE411EB53D5203CA65D7BF88AE5.1_cid294?__blob=publicationFile

Intercultural Teams in Nursing: Opportunities and Challenges

Shortage of nursing staff and nursing crisis are omnipresent themes in the daily work of all nurses and in the media. For some time now projects are in operation to acquire nurses from abroad - unfortunately most of them with little success. With the idea to look for staff among asylum seekers, the debate gets another dimension and long-needed steps for reforms in the education and training of health professionals must be implemented now.

Unsuccessful cooperation in teams is usually attributed to lacks in language skills, while the causes of disturbances in teams are more often caused by different conceptions of "care" and "management", which are culturally shaped.

Studies show, that intercultural competence has developed into a key qualification, because the changing population structure and labor market in Germany have serious social consequences. Therefore, this article tries to answer the questions, how the employment of international nursing staff influences health organizations and how the current nursing situation is changed by the refugees.

The article helps to understand, where concepts of care in diverse cultures differ and where they are similar. It shows how to manage cross-cultural nursing teams, helps care practitioners to prepare for a better cooperation with colleagues from abroad and explains how healthcare organizations can benefit by employing international nursing staff.

Keywords

intercultural skills, key qualifications, culturally sensitive care, diversity management, training

Patienten und Angehörige oder interkulturelle Feste organisieren. Sie tragen damit auch zur kulturellen Öffnung der Einrichtung und deren größeren Attraktivität für Kunden mit Migrationshintergrund bei – ein nicht zu unterschätzender Vorteil, denn Deutschland wird älter und internationaler. <<

Autorenerklärung

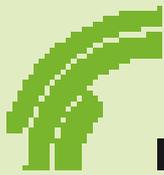
Irena Angelovski führt mit komMedikus Coachings, Trainings und Unterricht für ausländische Ärzte und Mediziner sowie Kurse und Workshops für alle Berufsgruppen in Klinik oder Praxis durch. Themen sind unter anderem „Kultursensible Pflege“, „Integration ausländischer Ärzte“ und „Interkulturelle Teams“.

Dipl.-Päd. Irena Angelovski

führt mit komMedikus Coachings, Trainings und Unterricht für ausländische Ärzte und Mediziner sowie Kurse und Workshops für alle Berufsgruppen in Klinik oder Praxis durch. Themen sind unter anderem „Kultursensible Pflege“, „Integration ausländischer Ärzte“ und „Interkulturelle Teams“.

Kontakt: info@kommedikus.de



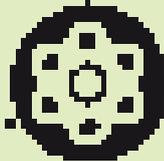


Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

15. Kongress 185. – 07. Oktober 2016 | Uckeritz, Berlin

Wissen schaf(f)t Nutzen

Wissenschaft / Forschung



Versorgungsansätze



Gesundheitspolitik



Call for Abstracts –
Einreichungsfrist 31.03.2016
www.dkvf2016.de

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

monitor

PFLEGE

Fachzeitschrift zur Versorgung, Management und Forschung in der Pflege



ALS ABONNENT NUTZEN SIE KOSTENLOS: DAS ONLINE-PORTAL www.monitor-pflege.de

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

Ich möchte „Monitor Pflege“ testen

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

Ich bestelle ein Jahresabonnement

Ich abonniere „Monitor Pflege“ für mindestens ein Jahr (4 Ausgaben) zum Preis von 90,- Euro zzgl. MwSt. und Versandkosten. Mein Abonnement verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn ich nicht mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Abozeitraumes schriftlich kündige. Nach Begleichung der ersten Rechnung erhalte ich per E-Mail mein persönliches Passwort für das Online-Portal.



Firma

Straße

Telefon

E-Mail (für Passwortübermittlung)

Datum, 1. Unterschrift:

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

Datum, 2. Unterschrift:

Name

PLZ, Ort

Fax

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