

Vorstudie

**Zukunft der Pflege – Welches Wissen
ist notwendig**

Fachkraftquote und notwendige Pflegeleistung

**Jürgen Dettbarn-Reggentin
Heike Reggentin**

Studie des
Instituts für sozialpolitische und
gerontologische Studien / ISGOS



im Auftrag der

Altenhilfeeinrichtungen der Pfarre St. Gereon
Hückelhoven-Brachelen (NRW)

Inhaltsverzeichnis:

Zusammenfassung der Studie	5
1 Personalbedarf in der Pflege	6
2 Fachkraftquote	8
2.1 Leistungen der Fachkraft	8
2.2 Pflegebedürftigkeitsbegriff.....	9
3 Pflegebedarf und Entwicklung.....	17
3.1 Wie könnten Pflege- und Betreuungspersonen gewonnen und Pflege- Kräfte in ihrem Beruf gehalten werden?	19
3.2 Modulartiger Aufbau der Ausbildung	22
4 Wie sollte zukünftig die Pflege gestaltet werden?	23
4.1 Pflegeausbildung	23
4.2 Was wird von Pflegefachkräften erwartet?	23
4.3 Pflegeziele, Orientierung des Pflegehandelns – Grundsätze der Pflegeplanung	25
5 Pflegeleistungen Verteilung und Ablauf	26
6 Neuorientierung zwischen Theorie und Praxis.....	29
6.1 Bildungsziele / Bildungsstruktur / Stufen der Qualifikation	30
6.2 Wie kann zukünftig die Pflege aussehen und welche Perspektiven bietet die Pflegearbeit für die Karriereplanung? Welche Verantwortungsbereiche können aufgebaut werden?	30
6.3 Module in der Pflegeausbildung	34
Literatur	36

Tabellen und Grafiken

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Tätigkeiten bei Pflegebedürftigkeit (Einzelzimmer) ----- 11

Tabelle 2: Tätigkeiten bei Pflegebedürftigkeit (Mehrpersonenraum Pflegeoase) - 13

Grafikverzeichnis

Grafik 1: Vergleich eines Tagesverlaufs mit den Mittelwerten über 14 Tage----- 12

Grafik 2: Verteilung der einzelnen Pflegezeiten ----- 14

Grafik 3: Vergleich Normalversorgung und Pflegeoase ----- 15

Grafik 4: Entwicklung verschiedener Altersgruppen ----- 18

Grafik 5: Erwogener Berufsausstieg nach Alter ----- 21

Grafik 6: Gesamtkonzept Modellprojekt „ia Pflege“ ----- 33

Zukunft der Pflege – Welches Wissen ist notwendig Fachkraftquote und notwendige Pflegeleistung

Vorstudie im Auftrag der Altenhilfeeinrichtungen der Pfarre St. Gereon, Hückelhoven (NRW)

ISGOS

Jürgen Dettbarn-Reggentin

Heike Reggentin

Die Zukunft der Pflege wird maßgeblich von quantitativen und qualitativen Einflüssen bestimmt. Demographische Entwicklung, höhere Lebenserwartungen, relativ wie absolut höhere Zahlen Pflegebedürftiger, Veränderungen im Krankheitsspektrum, und nicht zuletzt wirtschaftliche Rahmenbedingungen wirken zunehmend auf die Versorgung pflegebedürftiger Menschen ein.

Die Forderung nach einer Verbesserung der Rahmenbedingung zielt auf eine Veränderung des Leistungsumfanges wie auch auf das Qualitätsniveau in der professionellen Pflege. Ein Blick auf die zukünftig zu erwartenden Potentiale an Pflegepersonal macht ein weiteres Problem deutlich. Einer Studie von Schnabel (2007) ¹ zufolge wird die Zahl der erforderlichen (professionellen) Pflegekräfte „bei weitem nicht ausreichen, um den steigenden Pflegebedarf zu decken“ (Schnabel: S. 28). Die Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter schrumpft. Selbst bei ausreichend verfügbarem Pflegepersonal werden die erforderlichen Pflegeleistungen nur mit erheblichem Anstieg der Pflegekosten zu leisten sein. Schon wird auf die Rekrutierung von Pflegekräften aus dem Ausland verwiesen. Der Prognose von Schnabel zufolge ist mit einem jährlichen Anstieg der Nachfrage nach Pflegekräften um ca. 3% zu rechnen.

Der zukünftige Bedarf an professionellen Pflegekräften muss darüber hinaus die relativ kurze Verweildauer von ausgebildeten Pflegekräften in den Pflegeberufen kompensieren oder durch eine attraktivere Gestaltung des Pflegeberufes die vorhandenen Kräfte länger im Beruf halten. Dazu gehört ebenso, Pflegekräfte mit höherer Qualifizierung auch wirtschaftlich einzusetzen und flexibel auf unterschiedliche Bedürfnisgruppen einzustellen. Hieraus ergeben sich wiederum in der Folge neue Aufgabenfelder und die wiederum machen weitere Qualifizierungen bis hin zu einem Studium notwendig.

Steigende Qualifikationen bedingen steigende Vergütungen und so beginnt eine Spirale an hoher Professionalisierung, die nach Befürchtungen mancher Beobachter eine Akademisierung zur Folge hat, die sich immer weiter vom Pflegebedürftigen entfernt.

¹Schnabel, R (2007): Zukunft der Pflege“, Studie zur „Situation der Pflege bis zum Jahr 2050“ im Auftrag der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft.
http://www.insm.de/Presse/Pressemeldungen/pressemeldngen/Studie_zur_Zukunft_der_Pflege.de

Zusammenfassung der Studie

Die Pflege steht vor der Frage, wie der steigende Bedarf an Pflege- und Betreuungsleistungen vor dem Hintergrund demographischer Veränderungen gedeckt werden kann. Zunehmend neue Nachfragergruppen aus dem großen Anteil der Behinderten in der Bevölkerung, Menschen mit Migrationshintergrund wie auch zunehmend Schwerstpflegebedürftige mit schwersten Demenzstadien erfordern nicht nur quantitativ sondern auch qualitativ erhöhte Leistungen.

Zukünftig werden die Pflegeschülerzahlen mangels Nachwuchs abnehmen. Auszubildende klagen schon heute über Arbeitsbelastungen, da sie häufig Mehrarbeit durch Krankheitsvertretung übernehmen müssen, oft zu Lasten theoretischer Schulausbildung. Viele Kräfte sind auch überfordert in ihren Anforderungen, zeigen wenig Motivation und neigen in jüngeren Altersgruppen zu Berufsaufgabe. Diese liegt heute bereits über dem europäischen Durchschnitt.

Wie kann nun der Pflegeberuf attraktiver für Neueinsteiger gestaltet werden? Wie kann dann zugleich der absehbare Fachkräftemangel gedeckt und die Pflegequalität erhöht werden?

In den bisher durchgeführten Modellversuchen zur Anpassung der Pflege an veränderte Leitziele, Erwartungen und Fachlichkeit sind einige Hinweise zu entnehmen, wie zukünftig eine Annäherung an die Zukunftsaufgaben in der Pflege geleistet werden können. Die wesentlichen Ausrichtungen gehen in folgende Richtung:

- Die Pflegeausbildung soll alle hierin tätigen Berufsgruppen – Altenpflege, Krankenpflege, Kinderkrankenpflege - zusammenschließen und eine einheitliche Grundausbildung anbieten um auch den Anschluss an europäische Anerkennung zu erreichen.
- Die Ausbildung soll als durchlässiges System in horizontaler aber auch in vertikaler Richtung gestaltet werden. Der in einigen europäischen Ländern vollzogene Anschluss der Pflegeausbildung an die Hochschule findet sich auch hier in einigen Vorschlägen zur Anpassung der Pflegeausbildung (z.B. Bachelor- und Masterstudiengänge für Pflegefachkräfte).
- Eine modular gestaltete Ausbildung soll in Zwischenschritten z.B. nach Ausbildungsjahren Abschlüsse zulassen, die eine eigenständige berufliche Anerkennung ermöglichen und eine (spätere) weitere Ausbildung hieran anschließen lassen.
- Die Ausbildungsinhalte sollen nach Lernfeldern und nicht mehr allein nach Fachgebieten erfolgen. Der Praxisbezug soll erhöht werden.

Allerdings erscheinen diese Ausrichtungen nicht weit zu gehen oder konsequent zu sein. Mehr Qualität bedeutet nicht zugleich mehr Quantität. Die hohe Pflegequalifizierung entzieht voraussichtlich auch das Personal in der praktischen Pflege.

Die Durchlässigkeit nach unten über weiche Zulassungskriterien werden vielerseits abgelehnt (Geringe Ausbildung = schlechte Pflege), konkrete Belege liegen hierfür jedoch nicht vor. Auf der einen Seite wird die praktische Pflegeausbildung erhöht bei zugleich nach Lernfeldern ausgerichteten Ausbildungsinhalten. Auf der anderen Seite werden höhere Fachpflegequoten gefordert, deren dreijährige Ausbildung dann nur in Teilen in konkrete Pflegeleistungen einfließt.

Es muss an beiden Enden des Pflegepersonals eine Weiterentwicklung stattfinden und diese muss allen Pflegenden eine Berufsperspektive mit Karrieremöglichkeiten eröffnen.

Gegenüber den Anforderungen an die Pflegequalität werden derzeit Fachkraftquoten von 50% und darüber gefordert, wobei als Fachkräfte nur abgeschlossene dreijährige Ausbildungsberufe im Pflegebereich zählen. Das erscheint praktisch wie auch perspektivisch nicht haltbar. Eine konsequente Vorgehensweise müsste Pflegekräfte nach dem ersten Ausbildungsjahr einbeziehen. Vorausgesetzt es liegt ein geprüfter Abschluss vor. Somit könnte eine Fachkraftquote von 100% erreicht werden. Zugleich wäre der Pflegeberuf für viele Interessierte attraktiver.

In einem Modellvorhaben sollten die Zugangsvoraussetzung in die Pflegeausbildung auf der Ebene der eher praktisch ausgerichteten Pflegekräfte, Quereinsteiger, u.ä. ermittelt werden. Modulartige Ausbildungsgänge würden in Zwischenschritten bereits fachliche Abschlüsse ermöglichen, die in Teilbereichen Pflegefachlichkeit vermitteln und die Absolventen auch als anerkannte Pflegefachkräfte ansehen würden.

Mit europäischen Partnereinrichtungen sollten unterschiedliche Zugangsweisen auf die Übertragbarkeit überprüft werden.

1 Personalbedarf in der Pflege

Im Zuge der demografischen Entwicklung wird es zukünftig schwerer, den Pflegenachwuchs aus einer immer kleiner werdenden Bevölkerungszahl in den Ausbildungsjahrgängen zu erhalten, bei zugleich ebenfalls demografisch bedingtem steigendem Bedarf an Pflege- und Betreuungsleistungen.

Mit der Kampagne „Berufsfeld: Moderne Altenpflege“ (BMFSFJ, seit September 2008) soll die Stärkung des beruflichen Selbstverständnisses der Pflegekräfte und der Auszubildenden erreicht werden. Die öffentliche Anerkennung der Pflegeberufe wird für dringend notwendig gehalten, da in der Öffentlichkeit eine negative Berichterstattung für die Gewinnung des Pflegenachwuchses nicht förderlich erscheint.

Im Hinblick auf die Anzahl benötigter Pflegekräfte kann bisher nicht auf ein quantitatives wie auch qualitatives Verfahren zurückgegriffen werden. Unterschiede in den Richtzahlen der Bundesländer sowie in den besonderen Ausrichtungen der Einrichtungen lassen keine genauen Bedarfszahlen voraussagen. Zudem orientieren sich Bedarfszahlen an Pflegestufen, die jedoch den realen Aufwand nicht widerspiegeln.

Um den Aufwand und die hierfür benötigte Anzahl an Personal festlegen zu können, sind zuvor in der Planung die Pflegeziele festzulegen.

Des Weiteren muss beobachtet werden, welche Pflegepotentiale in der Gesellschaft zukünftig bestehen werden. Die zentrale Ausrichtung der Pflegeversicherung auf die ambulante Versorgungsstruktur setzt auf die Pflegebereitschaft von Angehörigen, Bekannten und ehrenamtlichen Helfern. Inwieweit dies gerechtfertigt ist bleibt offen, denn die Pflege in häuslicher Umgebung ist anteilig von 71,6% im Jahr 1999 auf 68,2% im Jahr 2005 zurückgegangen. Das geeignete Umfeld für eine Versorgung bei Pflegebedürftigkeit scheint das Vorhandensein von Kindern zu sein, wobei weniger die Anzahl der Kinder als vielmehr die generelle Verfügbarkeit über deren Unterstützung das familiale Pflegepotential positiv beeinflusst (Rothgang u.a.: 2008).

²

Anders gesagt beeinflussen zukünftig die soziostrukturellen Veränderungen, insbesondere die Haushalts- und Familienformen die Wahl der Pflegeform. Die steigende Anzahl der Einpersonenhaushalte wird nach Rothgang u.a. demnach der entscheidende Faktor für das Inanspruchnahmeverhalten Pflegebedürftiger sein. Weitere Einflüsse auf die Pflegebereitschaft resultieren aus der zukünftigen Erwerbsquote der Frauen, den derzeitigen Hauptpflegepersonen. Eine höhere Erwerbsbeteiligung der Frauen wird sich stärker auf die Pflegeform auswirken, was auch mit der Veränderung in der Auffassung von Pflege als Familienleistung erwartet wird. Die selbstverständliche Übernahme von Pflege durch Familienangehörige, so wird vermutet, wird zukünftig abnehmen (Blinkert / Klie: 2001).³

Zusammengenommen wird zukünftig mit einer höheren Zahl an Pflegekräften zu rechnen sein, die allesamt über eine gleiche Grundausbildung verfügen und auf dieser aufbauend über spezialisiertes Fachwissen in unterschiedlichen Feldern der Gesundheitsberufe verfügen.

² Rothgang, H. / Borchert, L. / Müller, R. / Unger R. (2008): GEK-Pflegereport 2008. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 66. Herausgeber: GEK-Gmünder Ersatzkasse, Schwäbisch Gmünd. Asgard-Verlag, St. Augustin.

³ Blinkert, B. / Klie, T. (2001): Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050. Expertise im Auftrag der Enquete-Kommission Demografischer Wandel des Deutschen Bundestages. Vervielfältigtes Manuskript.

2 Fachkraftquote

Die Aufgabenverschiebung und das Anforderungsprofil haben in den Pflegeeinrichtungen zu Veränderungen geführt. Spätestens seit Einführung des Altenpflegegesetzes 2003 sind bundeseinheitlich Anforderungen aufgestellt, die eine Professionalisierung vorantreiben sollen.

Die Anteile von Fachkräften (nach SGB XI Altenpflege, Kinderkrankenpflege, Krankenpflege, in Einrichtungen der Behindertenhilfe Heilerzieher/innen) wird von den Ländern festgelegt und beträgt in den ersten verabschiedeten Landesheimgesetzen für stationäre Einrichtungen 50%. Die Fachkräfte müssen eine 3-jährige Ausbildung nachweisen und als anerkannte Fachkraft zum Teil 2 Jahre im Beruf stehen. Die Länder folgen demnach dem vormaligen Bundesgesetz. In NRW wird die Fachkraftquote auf betreuende Tätigkeiten bezogen. Der Anteil bemisst sich nach Vollzeitstellen.

Die 50%-Marge ist nicht unumstritten. Einige Heimträger fordern sogar höhere Quoten (z.B. 70%) andere sehen eher untere Grenzen bei 20% für betreuende Tätigkeiten wie etwa in einigen österreichischen Bundesländern (in Österreich ist die Regelung wie in der Bundesrepublik Deutschland Ländersache). Zudem sind in Deutschland in einigen Landesheimgesetzen Ausnahmeregelungen möglich bei entsprechendem (fehlendem) Bedarf seitens der Bewohner.

2.1 Leistungen der Fachkraft

Als umfassend Verantwortliche für den Prozess und letztlich für das Ergebnis der Pflege hat die Fachkraft eine ganzheitlich zu leistende Aufgabenstellung zu bewältigen. Ganzheitlichkeit bedeutet wiederum eine allumfassende Ausbildung.

Diese Aufgabenvielfalt wird heute kritisch gesehen. Zum einen wird unterstellt, dass eine Pflegekraft nicht alle Aufgaben beherrscht und zum anderen werden neue Anforderungen durch veränderte Bewohneransprüche und -bedürfnisse an sie herangetragen.

Viele der Leistungen einer Fachpflegekraft wären abtrennbar und auch mit einer geringeren Ausbildungszeit (z.B. Grundpflege: 1 Jahr Ausbildung) fachlich ausführbar.

Das Berufsbild der verantwortlichen Pflegefachkraft wird sich stärker auf leitende, organisatorische und moderierende Tätigkeiten konzentrieren müssen. Höhere fachliche Ausbildung etwa an Fachhochschulen wären notwendig mit der Folge einer stärkeren Akademisierung einerseits und Auflösung der Tätigkeiten in einzelne Module andererseits.

2.2 Pflegebedürftigkeitsbegriff

Auch qualitativ verändern sich Anforderungen an die sozialen und gesundheitlichen Dienste. Neue Pflegeleitbilder und Ausbildungsgänge in den Pflegeberufen einerseits und stärkere personenbezogene Pflege und emotionale Zuwendungen andererseits stehen für veränderte Bedarfe. Die Pflegeleistungen werden aber auch von Leitbildern mitgetragen, die das „Normalisierungsparadigma“ umsetzen und Pflege eher als alltagsnahe haushaltsbezogene Assistenz ansehen. Dies ist beispielhaft in Pflegekonzepten der wohngruppenbezogenen Pflege zu beobachten. Die ambulant wie auch die stationär versorgten Bewohner von Wohngruppen werden häufig nach dem Prinzip der „Alltagsassistenz“ oder der hauswirtschaftlich ausgerichteten Betreuung in so genannten Wohnküchenmodellen geführt. Damit werden die Anforderungen an die Betreuung in Richtung Hauswirtschaft ausgeweitet.

Die erlernten Kenntnisse in den Pflegeberufen müssen jedoch auch zum Einsatz kommen, wenn sie den Vorstellungen von Qualität gerecht werden sollen. Hier stellt sich schon die Frage ob „Struktur und Qualität der beruflichen Bildung den gewandelten fachlichen Anforderungen noch gerecht werden“, so die Frage des Verbandes der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz e.V. (2007).⁴ Aus der Sicht der Mitarbeiter sollten erlernte Fähigkeiten der ausgeübten Tätigkeit entsprechen –nicht unterfordern oder überfordern –. Nach Einschätzung des DRK führen die steigenden Anforderungen an Pflegekräfte zu einer Überforderung, da sie in der Ausbildung nicht ausreichend vorbereitet wurden. Hierzu zählen etwa Aufgabenvielfalt und fachliche Anforderungen ebenso wie zunehmendes Arbeitstempo und Dokumentationsaufwand. „Die zukünftige pflegerische Praxis benötigt Pflegefachkräfte, die die Erkenntnisse der Pflegewissenschaft in praktische Pflegehandlungen umsetzen und auf diese Weise den komplexen Handlungssituationen begegnen können.“ (a.a.O).

Das wird nicht immer leicht zu bewerkstelligen sein, denn der Pflegebegriff, respektive die hieraus abgeleitete Vorstellung von Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf werden kontrovers diskutiert. Eine Orientierung an der Definition des SGB XI hat immer wieder zu der Kritik geführt, dass der verwendete Begriff stark verkürzt und fachwissenschaftlich nicht ausreichend begründet sei. Seine sozialrechtliche Begründung

bezieht sich auf die Zugänglichkeit zu (begrenzt verfügbaren) Sozialleistungen. Im Fokus stehen Einschränkungen der Alltagskompetenz, die dazu führen, dass die betroffenen Personen nicht oder nur wenig in der Lage sind, Alltagsgestaltungen

⁴ Verband der Schwesternschaft vom Deutschen Roten Kreuz e.V. (2007): Positionspapier „Zukunft der Pflege“ <http://www.drk-schwesterenschaft.de>

selbstständig vornehmen zu können. In der Pflegeausbildung steht daher weniger die Pflegebedürftigkeit als vielmehr der Pflegebedarf im Vordergrund. Gefordert wird jedoch ein umfassenderes Verständnis, das den individuellen Zustand und die hieraus ableitbare Pflegebedürftigkeit beschreibt.

Pflegerische Leistungen werden nach Pflegebedarf geboten, nach Alltagsverrichtungen geordnet und umfassen nach §14 SGB XI Unterstützungen oder teilweise bzw. vollständige Übernahmen in Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens. Beaufsichtigung und / oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtung wird als weiteres Pflegeziel aufgeführt.

Vier Hilfkreise werden unterschieden:

1. Körperpflege
2. Ernährung
3. Mobilität
4. Hauswirtschaftliche Versorgung

Mit der Einstufung in Pflegestufen wird das unterschiedliche Maß an Ausprägung des jeweiligen Hilfebedarfes ermittelt und ein zeitlicher Rahmen zur Ausführung von Pflegeleistungen vorgegeben.

In den Ausführungsgesetzen auf Länderebene werden zur Durchführung der Pflegeleistungen Fachkenntnisse verlangt. Das eingesetzte Personal soll mindestens zur Hälfte aus Pflegefachkräften (Altenpfleger, Krankenpfleger, Kinderkrankenpfleger oder im Bereich der Behinderten die Heilpfleger) bestehen. Die Altenpflegeausbildung geht auf die vier genannten Verrichtungsbereiche ein und bildet nach Ausbildungsjahren jeweils Kenntnisse aus, die es möglich machen, Pflegekräfte bereits nach dem ersten Ausbildungsjahr eine Reihe von Leistungen ausführen zu lassen.

Am Beispiel einer stationären Pflege in der Pflegestufe II, schwerste Demenz, soll der Tagesablauf dargestellt und die jeweilig ausgeführten Leistungen mit Zeitaufwand aufgeführt werden. Die Zeitaufschreibung wurde im Laufe der Evaluation des Projektes Pflegeoase 2008 vorgenommen.⁵ In den vom ISGOS begleiteten Pflegeoasen lag der Anteil an Pflegefachkräften bei ca. 70%.

Die Fachkräfte hatten sich in Gerontopsychiatrie weiterqualifiziert. Entsprechende Kurse wurden auch von den Hilfskräften und den Ehrenamtlichen mit unterschiedlicher Stundenzahl geleistet.

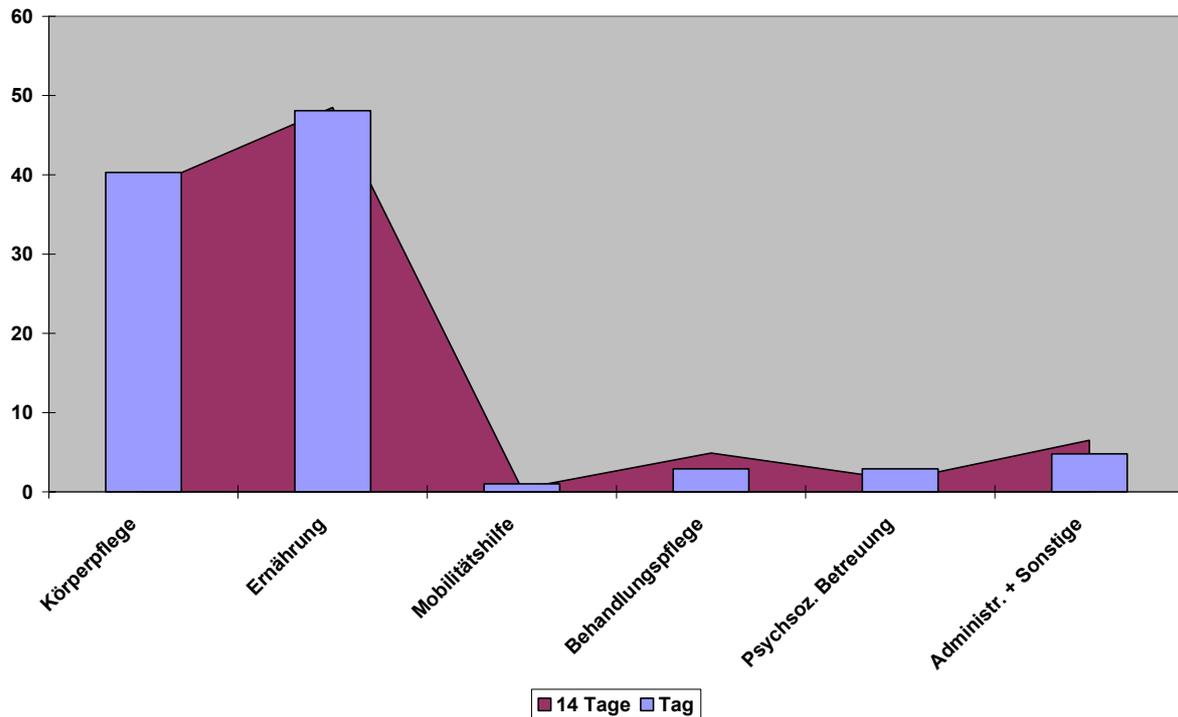
⁵ Eine Studie zur Effektivität von Mehrpersonenzimmern (Pflegeoasen) auf das Wohlbefinden der Bewohner. Beteiligt waren von 2007 bis 2008 drei stationäre Einrichtungen in Münster, Vlotho / Hiddenhausen und Witzenhausen beteiligt. Die Bewohner waren schwerst demenziell erkrankt und immobil / bettlägerig.

Tabelle 1: Tätigkeiten bei Pflegebedürftigkeit (Einzelzimmer)

Tätigkeitsbereich	Tätigkeit	Minuten jeweils mehrmals am Tag	Gelernte Tätigkeit Ausbildungsjahr
Grundpflege 84 Min.	Aufrichten.	10 + 6 + 6	1
	Waschen	15 + 5	1
	Kämmen	1 + 2	1
	Rasieren / Hautpflege	2 + 2	1
	Zähne putzen	3 + 2	1
	Inkontinenzmaterialwechsel	6 + 6 + 8	2
	Anziehen	5 + 2	1
	Prophylaxe	-	1
Mobilitätshilfe 2 Min.	Transfer Bett-Stuhl	2	1
	Lagerung	-	1
Ernährung 100 Min.	Sondenernährung	-	2 / 3
	Nahrungsaufnahme	50 + 50	1
	Getränke	-	-
Behandlungspflege 6 Min.	Medikamente reichen	2 + 1	3
	Dekubitusbehandlung	4 + 1	3
Psychosoziale Betreuung 6 Min.	Zusammenführung der Bewohner, Kontaktverm.		1
	Orientierung fördern		1
	Einzelgespräch / Initialbegrüßung		1
	Validation, Basale Stimulation	-	3
	Musik, Aroma, Farb- Licht	3 + 3	2
Sonstige mittelbar bewohnerbezogene Tätigkeiten 10 Min.	Wäscheversorgung	1	1
	Sauber machen	1	1
	Pflegedokumentation	1	3
	Besprechung Koordination	2	3
	Mahlzeiten vorbereiten	1	1
	Arzneimittel stellen	2 + 2	3

Festgehalten wurden die Zeiten von Frau X mit der Pflegestufe 2 in der Frühschicht, der Spätschicht und der Nachtschicht. Zusammen ergeben sich 208 Minuten (3 Stunden und 28 Minuten, davon sind 192 Minuten den grundpflegerischen Leistungen zuzuordnen). Der Durchschnitt an Pflegeleistungen bei Frau X lag im Erhebungszeitraum über die 14 Messtage bei 196 Minuten täglich.

Grafik 1: Vergleich eines Tagesverlaufs mit den Mittelwerten über 14 Tage



Die Grafik soll verdeutlichen, dass der oben dargestellte Tagesverlauf annähernd identisch mit dem durchschnittlich über 14 Tage erhobenen Werten ist. Die Zeitkontrolle wurde in einer „Normalstation“ (Einzelzimmer) erhoben.

Bezogen auf fachpflegerische Leistungen verteilen sich die Pflegezeiten zu 81,2% auf Leistungen die inhaltlich im ersten Ausbildungsjahr vermittelt werden. Mit 12,5% der Leistungen sind Auszubildende im zweiten Ausbildungsjahr befasst und nur 6,3% aller Tätigkeiten sind Gegenstand der Ausbildung im dritten Ausbildungsjahr einer Altenpflegerin.

Die aufgeführten Zeiten variieren bei den Bewohnern der Pflegestufe II wie auch bei der bei Pflegestufe III zum Teil erheblich. Der individuelle Bedarf an psychosozialer Betreuung wird bei Einzelzimmerversorgung und abnehmender Mobilität selten höher als in diesem Beispiel dargestellt.

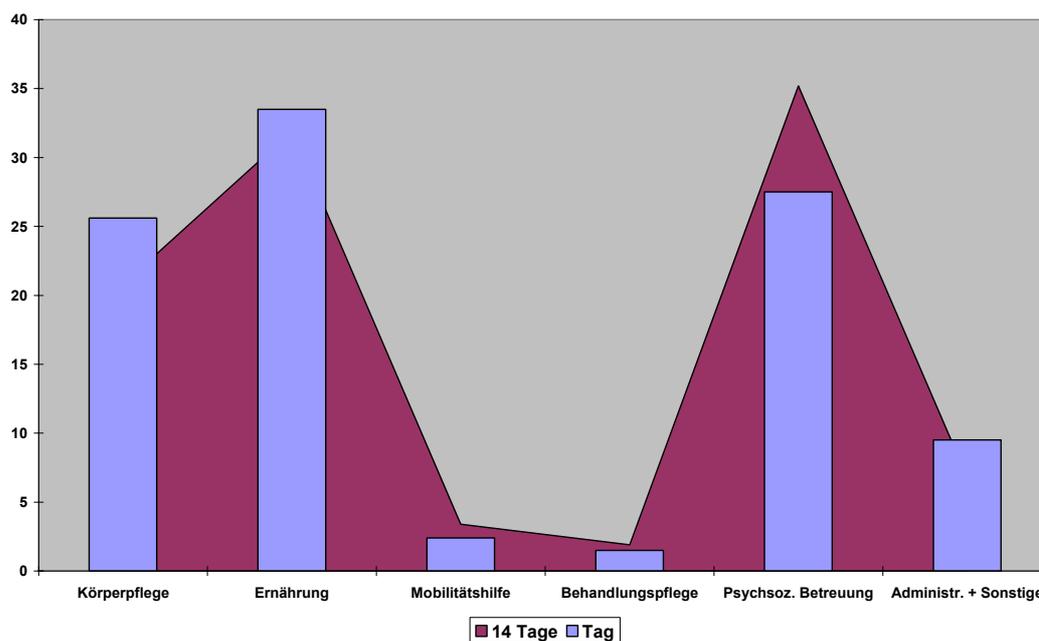
Mit welchen Veränderungen ist bei der Betreuung von Personen in der Pflegestufe III zu rechnen. Auch hier wieder ein Beispiel aus der oben angeführten Studie.

Tabelle 2: Tätigkeiten bei Pflegebedürftigkeit (Mehrpersonenraum Pflegeoase)

Tätigkeitsbereich	Tätigkeit	Minuten jeweils mehrmals am Tag	Gelernte Tätigkeit Ausbildungsjahr
Grundpflege 1164 Min.	Aufrichten.	6 + 4	1
	Waschen	15 + 10	1
	Kämmen	1 + 1	1
	Rasieren / Hautpflege	5 + 3	1
	Zähne putzen	2 + 3	1
	Inkontinenzmaterialwechsel	6 + 6 + 12	2
	Anziehen	7 + 7	1
	Prophylaxe	4 + 6 + 12	1
	Reinigen PEG	6	
Mobilitätshilfe 11 Min.	Transfer Bett-Stuhl	5 + 6	1
	Lagerung	-	1
Ernährung 152 Min.	Sondenernährung	2 + 2 + 8	2 / 3
	Nahrungsaufnahme	80 + 60	1
	Getränke	-	-
Behandlungspflege 7 Min.	Medikamente reichen	4 + 3	3
	Dekubitusbehandlung	-	3
Psychosoziale Betreuung 125 Min.	Zusammenführung der Bewohner, Kontaktverm.	30 + 6	1
	Orientierung fördern	9	1
	Einzelgespräch / Initialbegrüßung	6 + 6	1
	Validation, Basale Stimulation	26 + 12	3
	Musik, Aroma, Farb- Licht	30	2
Sonstige mittelbar bewohnerbezogene Tätigkeiten 43 Min.	Wäscheversorgung	1 + 2	1
	Sauber machen	-	1
	Pflegedokumentation	10 + 3	3
	Besprechung Koordin.	23 + 2	3
	Mahlzeiten vorbereiten	-	1
	Betten machen	2	3

Ganz anders gestaltet sich die Verteilung der Tätigkeiten, wenn der Zeiteinsatz für psychosoziale Betreuung erheblich erhöht wird. Dies ist dann möglich, wenn die Versorgungsform „Pflegeoase“ Synergieeffekte der Betreuung nutzen kann.

Grafik 2: Verteilung der eingesetzten Pflegezeiten



Die Grafik enthält die Zeiten von Frau Y mit der Pflegestufe 3 in der Frühschicht, der Spätschicht und der Nachtschicht. Zusammen ergeben sich 454 Minuten (7 Stunden und 34 Minuten, davon sind 286 Minuten den grundpflegerischen Leistungen zuzuordnen). Der Durchschnitt von Frau Y lag im Erhebungszeitraum über die 14 Messtage bei 416 Minuten täglich.

Auch in diesem Fall beträgt der Anteil an pflegerischen Leistungen, die von Mitarbeiter/innen im ersten Ausbildungsjahr durchgeführt werden könnten höher, als es eine 50%-Fachkraftquote nach bisherigen Anforderungen notwendig machte.

Entsprechend der Tabelle 2 wären genau zwei Drittel aller Leistungen im ersten Ausbildungsjahr zu lernen. Weiter 14,5% werden im zweiten und 18,7% im dritten Ausbildungsjahr vermittelt. Die Anteile verändern sich, wenn die psychosozialen Unterstützungsleistungen auch in den frühen Ausbildungsstufen angeeignet werden.

Je nach Pflegekonzept verschieben sich bei Personen gleicher Pflegestufe einige Tätigkeitsbereiche. Im unteren Beispiel, Pflegestufe III, liegen die Anteile der psychosozialen Betreuung und sonstiger administrativer Leistungen oberhalb der in der Tabelle 1 aufgeführten Verteilung und auch im Bereich Ernährung und Mobilitätshilfen werden höhere Anteile benötigt.

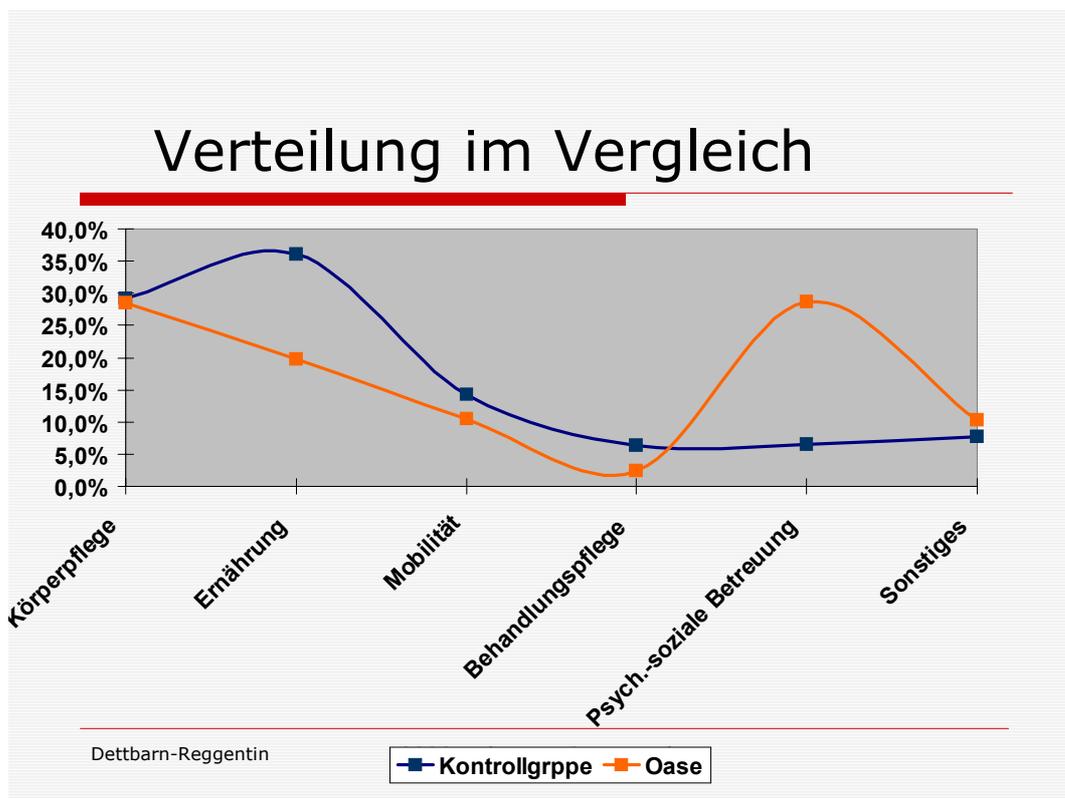
Von den angeführten Leistungen könnten bei Zugrundelegung des Ausbildungsplanes etwa zwei Drittel aller Tätigkeiten von Mitarbeiterinnen nach dem ersten Ausbildungsjahr ausgeführt werden. Nur für etwa 22% der Tätigkeiten wird ein Ausbildungsstand von drei Jahren verlangt. Die hier angeführten Leistungen beziehen sich auf eine pflegebedürftige Person mit der Pflegestufe III.

Eine bedeutende Rolle bei der Verteilung der Leistungskomplexe spielt die Pflegekonzeption. Verschiedene Betreuungsformen beeinflussen in unterschiedlichem Ausmaß die Verteilung einzelner Leistungskomplexe.

Wenn auch die grund- und pflegende Leistungen etwa gleich bleiben, verändert sich der Anteil psychosozialer Betreuung und der Hauswirtschaft mit dem Pflegekonzept.

Auf der unten folgenden Abbildung werden die Unterschiede zwischen der Versorgung einer schwerst pflegebedürftigen Personen mit schwerer Demenz in einer „Normalstation“ und in einer Pflegeoase verglichen. Die Unterschiede in der Ernährungsunterstützung sind auf Personen mit einer PEG zurückzuführen (Leistungen bei der Unterstützung mit PEG werden im 2. Ausbildungsjahr vermittelt). Die Unterschiede in der psychosozialen Betreuung liegen in der Konzeption der Pflegeoase begründet. Mehr psychosoziale Betreuung heißt in diesem Fall mehr Fachlichkeit, da z.B. Kinästhetik, Basale Stimulation, Musik- und Aromatherapien neben der sonst gegebenen Zuwendung eine besondere Ausbildung voraussetzt.

Grafik 3: Vergleich Normalversorgung und Pflegeoase



Was im Bereich der Schwerstpflege deutlich wird, ist der unterschiedliche Einsatz im Bereich psychosozialer Betreuung von fachlich weiter gebildeten Kräften in den jeweiligen Betreuungssystemen. Die Begründung für mehr Fachlichkeit lässt sich zum Teil hierauf zurückführen, dass mit neuen Konzepten und höheren Anforderungen nicht mit geringer qualifiziertem Personal begegnet werden kann.

Bezogen auf die oben angeführten Tätigkeiten setzen die Unterstützungen bei den genannten Verrichtungen Fachkunde unterschiedlichen Grades voraus. Bei pflegebedürftigen Personen mit einem geringeren Pflegebedarf nimmt der Anteil an fachpflegerischen Leistungen ab. Auch die Betreuungsleistungen erfordern weniger Fachkunde. Einzig die Weiterbildung in gerontopsychiatrischen Themen ist eine Anforderung, die von allen verlangt wird.

Einen Teil der Tätigkeiten könnte auch von Pflegekräften nach einem Ausbildungsjahr ausgeführt werden, wie oben dargestellt oder auch nach kurzer Anlernzeit von Laienhelfern übernommen werden (in der häuslichen Pflege durch Angehörige entfällt diese Anlernzeit häufig ganz).

Die Leistung der Pflegefachkräfte mit 3-jähriger Ausbildung und Berufserfahrung würden sich dann auf leitende Aufgaben konzentrieren. Die selbstständige Steuerung des Pflegeprozesses und die differenzierte Pflegediagnostik sollten Pflegefachkräfte beherrschen. Sie sollten in der Lage sein, komplexe Pflegesituationen zu beherrschen und fachgerechte Anweisungen zu geben.

Über die Fachpflegekräfte bzw. Heilpädagoginnen wird die Leitvorstellung der pflegerischen Konzeption und Betreuung an die Helferinnen weiter vermittelt. Sie beteiligen sich an der Entwicklung des Konzeptes. Hiermit werden bereits Weichen für die fachpflegerische Ausrichtung und die Betreuungsanteile gestellt

An dem oben dargestellten Beispiel wird erkennbar, dass die Pflegekonzeption die jeweiligen Anteile der Leistungsbereiche verschieben kann. Mit dem Modell der Pflegeoase werden beispielsweise die Betreuungsanteile deutlich erhöht. Während die Grund- und Behandlungspflege im Vergleich der Konzepte zeitlich wenig voneinander abweichen, sind personenbezogene Betreuungsanteile in den gemeinschaftsorientierten Pflegemodellen verschieden gewichtet.

Die höheren Betreuungsanteile haben allerdings zu einer weiteren Differenzierung der Betreuungstätigkeit geführt und müssen auf die jeweiligen Bedürfnislagen eingestellt werden. Wie bereits in den pflegeverrichtenden Tätigkeiten sind in Teilbereichen der Betreuung ebenfalls besondere Fähigkeiten erforderlich. Allein die Zunahme der Zahl Hochaltriger (über 85-Jährige) in den stationären Einrichtungen sowie

die Personen mit demenziellen Erkrankungen in verschiedenen Stadien und ihrem sehr unterschiedlichen Unterstützungsbedarf führen zu erhöhten Anforderungen an die Pflege insgesamt.

Allerdings unterliegen die erforderlichen fachlichen Kompetenzen höchst unterschiedlichen Ausrichtungen.

Zusammenfassung Pflegeleistungen

In den verrichtungsbezogenen Pflegeleistungen, wie sie im SGB XI aufgeführt sind, leisten Pflegekräfte mit einem fachlichen Ausbildungsstand, der dem ersten Ausbildungsjahr entspricht ca. 70 – 85% aller anfallenden grundpflegerischen Tätigkeiten.

Bei Anerkennung der Pflegefachkraft, wie sie von den Landespflegegesetzen mit 50% Anteil gefordert werden, sollten daher die Leistungen der Pflegepersonen mit dem Ausbildungsstand des ersten Ausbildungsjahres voll bewertet werden.

Ziel sollte dann sein, eine **100% Fachkraftquote** für pflegerische Leistungen zu erreichen.

Die Anerkennung als Pflegefachkraft müsste in der Ausbildung mit einer anerkannten Prüfung nach einem ersten Ausbildungsjahr bestätigt werden.

Eine weitere berufliche Ausbildung sollte dann in mehreren Richtungen möglich sein.

3 Pflegebedarf und Entwicklung

Ein derart differenziertes Anforderungsprofil an die Pflegekräfte fordert ebenso unterschiedliche fachliche Leistungen wie auch persönliche Eigenschaften. Woher kommen die Pflegekräfte, wenn insgesamt mit einer jährlichen Steigerung von 3 % Pflegekräfte zu rechnen ist? Die Nachfrage resultiert vor allem aus demografischen Einflüssen und weiteren Faktoren:

- Im Pflegebereich ist mit höheren Zahlen pflegebedürftiger älterer behinderter Menschen zu rechnen. Die Lebenserwartung behinderter Menschen ist deutlich gestiegen, ihre Versorgung im Alter ist jedoch sehr unsicher. Auch der Anstieg der Personen über 80 Jahre steigt erheblich, mit dem Risiko dieser Altersgruppe, pflegebedürftig zu werden.
- Die Zahl der Einpersonenhaushalte wie auch die Zahl der Eingenerationenhaushalte steigen weiter, sie liegen heute bereits bei ca. zwei Drittel der Haushalte der über 70-Jährigen. Insbesondere Ballungsgebiete und Großstädte weisen überdurchschnittlich hohe Single-Haushalte auf.

- Die Verkleinerung der Familien verringert die Zahl potentieller Helfer/innen.
- Zu den bisher wenig beachteten Personengruppen zählen die wachsenden Zahlen älterer Angehöriger mit eigenem Betreuungsbedarf und Migranten/innen.

In Anbetracht der demografischen Veränderungen muss gefragt werden, ob es genügend Personen geben wird, die eine pflegerische Tätigkeit aufnehmen wollen? Sind hieraus ausreichend Fachpflegekräfte, auch in oben beschriebenem Sinne, verfügbar? Bisher zeichnet sich für die zukünftige Versorgung im Pflegesektor die Situation ab, nicht nur über zu wenig Personal, sondern auch über zu wenig qualifiziertes Personal verfügen zu können. Zugleich werden zunehmende höhere fachliche Anforderungen zu erwarten sein, bedingt durch höhere Anteile wie auch steigende Zahlen demenzkranker Menschen, behinderter, psychisch und chronisch kranker alter und pflegebedürftiger Menschen die auf die sozialen und gesundheitlichen Dienste zukommen.

Ein Problem der Versorgung wird durch abnehmende häusliche Pflegeressourcen erwartet. Die Nachfrage nach sozialen Diensten wird dadurch steigen. Dagegen steht die abnehmende Tendenz auf dem Pflegemarkt, Pflegekräfte rekrutieren zu können.

Grafik 4: Entwicklung verschiedener Altersgruppen ⁶



⁶ Statistisches Bundesamt 2006: Entwicklung der Bevölkerung Deutschlands bis 2050. Schätzwerte der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Variante: Untergrenze der „mittleren“ Bevölkerung. Anhang B. Eigene Darstellung (Auszug).

Die Grafik 4 soll verdeutlichen, dass es ab 2010 eine deutliche Auseinanderentwicklung der jüngeren Altersjahrgänge gibt, aus denen die nachfolgenden Generationen der Pflegekräfte gewonnen werden müssen und der älteren Generationen, aus denen die wesentliche Anzahl der pflegebedürftigen Personen entstammen.

Die Einteilung der Altersgruppen berücksichtigt bereits das zukünftig spätere Rentenzugangsalter.

Hieraus muss geschlossen werden, dass die Pflegekräfte zukünftig nicht in ausreichendem Umfang aus den nachfolgenden Ausbildungsjahrgängen gewonnen werden können. Andere Zugänge sind für diesen Berufszweig zu erschließen. Es muss für Berufseinsteiger, Umsteiger wie auch für Wiedereinsteiger, z.B. nach der Familienphase in pflegerische Dienstleistung oder soziale Betreuung attraktiv werden und es muss für die Kunden dieser Dienste bezahlbar bleiben bei einer hohen fachlichen Qualität. Diese Qualität ist nur bedingt auf die Dauer der Ausbildungszeit zurückzuführen.

3.1 Wie könnten Pflege- und Betreuungspersonen gewonnen und Pflegekräfte in ihrem Beruf gehalten werden?

Einer Studie für das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW zufolge beträgt die durchschnittliche Verweildauer in der Pflege 9,4 Jahre (bei methodisch eingeschränkter Aussagekraft), bei einer hohen Fluktuation von 17,4% (für das Jahr 2002).⁷

An Hand der Ausbildungszahlen in Pflegeberufen sind die vorliegenden Daten nur begrenzt interpretierbar. In ihrer Studie „Geschlechterbezogene Analysen zur Berufsbildung und Akademisierung“ kommt die Fachhochschule Bielefeld – Fachbereich Pflege und Gesundheit – zu dem Schluss, dass die Anzahl Auszubildender in der Gesundheits- und Krankenpflege zwischen 2001 und 2005 um fast 4% abnimmt. Die Auszubildenden in den Berufen Ergotherapie, Physiotherapie und Altenpflege nehmen jedoch in diesem Zeitraum um mehr als 15% zu. Ein Trend zeichnet sich dabei ab: Es wird eine leichte Abnahme weiblicher Auszubildende und eine leichte Zunahme männlicher Auszubildender verzeichnet.⁸

⁷ Frerichs, F. / Freundlieb, A. / Krämer, K. / Sporkel, M. / Wienold, K. (2004): Personalstrukturen, Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in der stationären Altenpflege. Im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. Abschlussbericht.

⁸ Fachhochschule Bielefeld – Fachbereich Pflege und Gesundheit (2008): Projektbericht „Geschlechterbezogene Analysen zur Berufsbildung und Akademisierung“. Berichte aus Lehre und Forschung: Nr. 19.

Eine Veränderung zwischen 2005 und 2007 wird auch in den erhobenen Daten des Statistischen Bundesamtes deutlich. In der Pflegestatistik 2007⁹ waren im Bereich Pflege Ende des Jahres 2007 im ambulanten Bereich 236.162 Personen beschäftigt. Das waren 10,6% mehr als Ende des Jahres 2005. Allerdings waren im Nachwuchsbereich Rückgänge zu verzeichnen. Im stationären Bereich waren Zuwächse um 5% registriert worden, wobei jedoch die Zahl der Vollzeitkräfte um 2,6% abnahm. Die Zahl des Personals in der Ausbildung nahm nur leicht zu.

Die relativ kurzen Zeiträume in denen Veränderungen beobachtet werden, lassen natürlich noch keine weitergehenden Prognosen zu. Nimmt man jedoch nur die Personen nach Berufsabschluss, so deutet sich bei den Personen ohne Berufsabschluss und denen, die noch in Ausbildung stehen zusammengenommen ein erheblicher Rückgang mit 8,7% an. Jedoch waren in den Jahren zuvor noch überproportionale Zugänge zu verzeichnen.

Der Zugang zu einem Pflegeberuf lässt noch nicht auf die Verweildauer in diesem Beruf schließen. Zwei Verhaltensweisen sind dabei zu unterscheiden. Das ist erstens die Fluktuation des Pflegepersonals und zweitens deren Verweildauer im Pflegeberuf.

Hohe Fluktuationsraten sind nicht immer gleich mit einem Berufsausstieg verbunden. Nur wenige Studien haben bisher neben der Personalfuktuation auch die Berufsverweildauer mit einbezogen, da es schwierig ist, Informationen über den Verbleib des Personals zu erhalten.

Im Rahmen ihres Projektes zu den Arbeitsbedingungen von Pflegepersonal kamen Frerichs u.a. (a.a.O.) zu dem Ergebnis, dass in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege eine Gesamtfluktuation aller hauptsächlich in der Pflege Tätigen im Jahr 2002 bei 19,1% lag. Personalabgänge von Altenpfleger/innen lagen mit 17,4% leicht unter dem Gesamtwert. Pflegehilfskräfte wechselten dagegen deutlich über dem Durchschnitt. Ihre Wechselrate lag bei 22,6%. Diese Werte liegen erheblich über denen in Krankenhäusern in NRW (10%) und auch über denen der Gesamtwirtschaft (13%). Für den Bereich der Freien Wohlfahrtspflege ergab die Studie einen Anteil an Berufsaussteigern von ca. 1,3% des mittleren Personalbestandes, bezogen auf das Jahr 2002.

⁹ Statistisches Bundesamt (17. Dezember 2008): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden

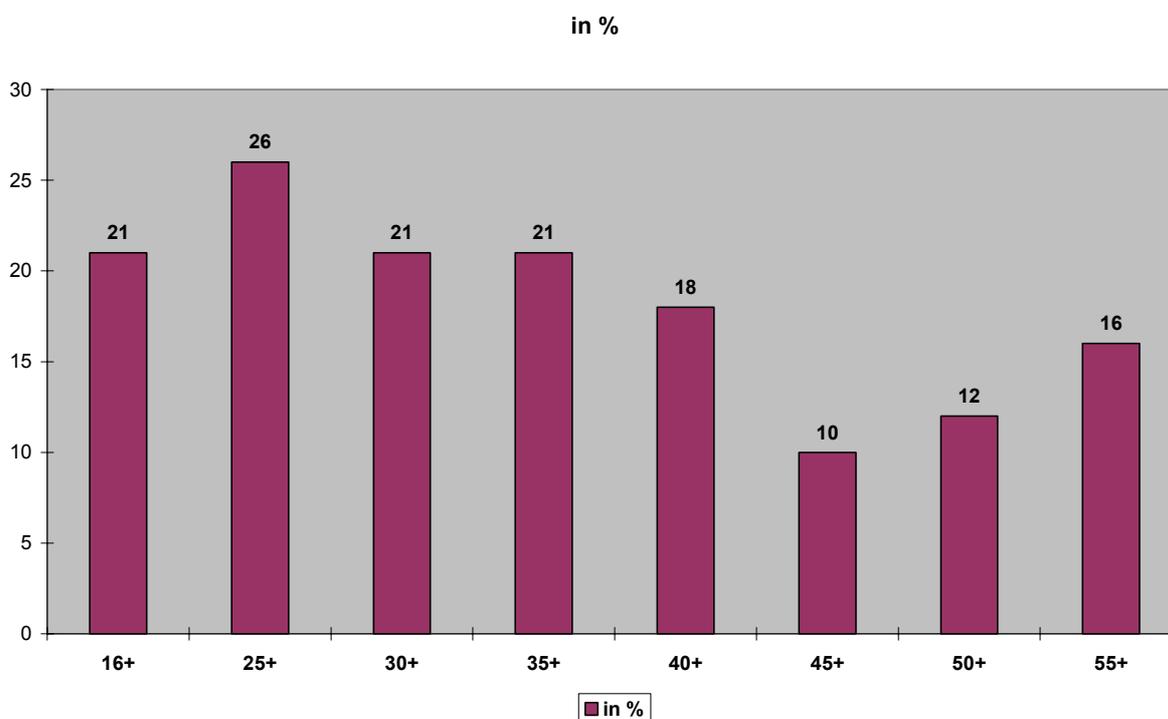
Höher als der tatsächliche Berufsausstieg ist der beabsichtigte Berufsausstieg einzuschätzen. In einer europaweit angelegten Studie zum Ausstieg der Pflegekräfte wurde der Anteil derjenigen die oft den Berufsausstieg erwägen nach Alter differenziert ermittelt.¹⁰

Der Studie zufolge beträgt die durchschnittliche Verweildauer in einem Pflegeheim 5,8 Jahre, in einem ambulanten Dienst 4,7 Jahre. In Krankenhäusern liegt die Verweildauer im Mittel um ca. 0,5 bis 1 Jahr länger.

In Deutschland lag der Anteil der Personen, die mehrmals im Monat, mehrmals in der Woche oder jeden Tag daran gedacht haben im vergangenen Jahr den Pflegeberuf zu verlassen bei 18,5% der befragten Pflegekräfte.

Von denen die oft den Berufsausstieg erwogen hatten, liegen die jüngeren Altersgruppen am höchsten.

Grafik 5: Erwogener Berufsausstieg nach Alter¹¹



Die Erwägung des Berufsausstieges betrifft in höherem Maße jüngere Pflegekräfte zu Beginn ihres Berufslebens. Dies ist nicht zuletzt deshalb bedeutsam, da aus den nachfolgenden Generationen aus demografischen Gründen weniger potentielles Pflegepersonal zur Verfügung steht und die Arbeitszufriedenheit gerade zu Beginn des Berufslebens wichtig für den Erhalt der Pflegekräfte in ihrem Beruf ist.

¹⁰ Hasselhorn, H. / Müller, B. / Tackenberg, P. (2005): Die NEXT-Studie - Relevanz der Ergebnisse für Deutschland. Power Point Präsentation in Berlin, 30.04.2005. NEXT = nurses' early exit study.

¹¹ nach Haselhorn u.a. (a.a.O.), eigene Darstellung

Die Attraktivität des Pflegeberufes wird nicht nur durch Negativschlagzeilen sondern auch durch belastende Arbeitsbedingungen und unzureichende Vergütung eingeschränkt. Eine negative Beurteilung der Arbeitsbedingungen führt bei den Ergebnissen der Studie von Frerichs u.a. zu Indikatoren, die ein Verlassen des Pflegeberufes nach sich ziehen.

Die Motivation bei den Mitarbeiterinnen, ihren Beruf ausüben zu wollen, wird auch davon abhängen, ob sie ihre Fähigkeiten bei Bedarf auch weiterentwickeln können, etwa bausteinartig, wie oben angesprochen, eine Ausbildung fortsetzen oder auch zeitlich begrenzt unterbrechen. In Anbetracht der steigenden Durchschnittsalter und hohen Pflegebedürftigkeit wird zu fragen sein, ob es sinnvoll erscheint, für den Bereich der alten Menschen vorwiegend junges Personal auszubilden.

Wie kann die Ausbildung attraktiver gestaltet werden. Sind modulartige Bausteine mit zwischen gestellten Praxisanteilen sinnvoller? Die Karrieremöglichkeiten in Pflegeberufen sind nicht aus den Ausbildungsgängen ableitbar. Wie lassen sich bei der Zunahme von Verantwortung auch Positionen schaffen, die dies auch nach außen abbilden?

3.2 Modulartiger Aufbau der Ausbildung

Mit einem Konzept angepasster Fähigkeiten an die erforderlichen Pflege- und Betreuungsleistungen soll dem zu erwartenden Personalbedarf begegnet werden. Die Fachlichkeit der Pflege wird dem wirklichen Bedarf an Leistungen angepasst. Die Fachkraftquote wird dabei neu aufgestellt. Dabei sind erstens die Fachlichkeit zu definieren, zweitens die Pflegequalität zu definieren und drittens die Leistungsvoraussetzungen zu beschreiben. Die Ausbildungseinheiten werden modulartig aufgebaut und lassen nach Abschluss einzelner Leistungsmodule bereits bestimmte Tätigkeiten nach erfolgreicher Absolvierung durchführen. Dahinter stehen die Fragen zur Klärung:

- Ganzheitlichkeit in der Pflege, gibt es die noch? Wer macht was? Wie viel qualifizierte Mitarbeiter/innen werden benötigt, einen ordnungsgemäßen Dienst durchzuführen?
- Qualität durch qualifizierte Mitarbeiter? Weitere Qualitätsmerkmale?
- Was unterscheidet sich, wo brauche ich ein „Examen“ und wo nicht? Wo werden „echte“ Fachkenntnisse verlangt?
- Wofür müssen Pflegekräfte ausgebildet sein? Wie viel Prozent Fachkräfte brauchen wir? Differenziertes Fachpflegekonzept.

4 Wie sollte zukünftig die Pflege gestaltet werden?

Die Pflegeziele sollten an vorderer Stelle das Wohlbefinden des zu Pflegenden und somit die Optimierung seiner Lebensqualität herausstellen. Das kann durch die Auffassung von Pflege als menschliche Begegnung verstanden werden. Begegnungen werden durch Interaktionen und Kommunikationen getragen, daher ist die Fähigkeit zur Kommunikation als ein grundlegendes Ziel der Ausbildung anzusehen. Gute Pflege heißt auch Wertschätzung, Achtung der Würde des zu Pflegenden. Nicht nur fachliches Lernen sondern auch soziales Lernen bekommt somit ein größeres Gewicht.

4.1 Pflegeausbildung

Entspricht die Pflegeausbildung der Entwicklung in der Praxis, folgt sie den Notwendigkeiten, sich ständig an die sich verändernden Anforderungen in dem oben beschriebenen Rahmen anzupassen. Voraussetzung für Veränderung ist die Möglichkeit, auf das vorhandene Wissen aufbauen zu können. Eine generalistische Ausbildung mit einer Strukturierung der Lehr- und Lerninhalte wäre für die noch geteilten Ausbildungsgänge Altenpflege, Kinderkrankenpflege und Krankenpflege eine Abkehr von der Orientierung an Lebensphasen. Die Ausrichtung der Ausbildung am Pflegebedarf würde eine Schwerpunktbildung in einem der drei pflegerischen Berufe von Beginn an vermeiden. Ein Grundwissen in den allgemein vorkommenden Arbeitsfeldern des Pflegeberufes wäre die erste Stufe, die dazu befähigen sollte, ca. zwei Drittel oder auch darüber der anfallenden Tätigkeiten auszuführen. Dieser Grundbestand bildet die Basis für Vertiefungen im Pflegeberuf, die fachlich zur Selbstständigkeit in der Steuerung von Pflegeprozessen, zu differenzierter Pflegediagnostik und nicht zuletzt zu einer spezifischen Begleitung von Menschen mit einer besonderen Unterstützung wie sie etwa bei demenziellen Erkrankungen oder bei geistigen, seelischen oder körperlichen Behinderungen verlangt werden.

4.2 Was wird von Pflegefachkräften erwartet?

Pflegende sollen die Pflegesituation aktiv gestalten können und Verantwortung übernehmen. Die Pflegekräfte sehen ihre Tätigkeit als personenbezogene Dienstleistung an. Pflegebedürftige Menschen werden nicht als hilflose Personen angesehen, jede Form der Machtausübung ihnen gegenüber ist mit dem Pflegeberuf nicht vereinbar.

Zu den vordringlichsten Aufgaben der Sicherung zukünftiger Pflege zählen Kompetenzen:

Die Fachpflege braucht

- Fach- und Methodenkompetenz
- Ethisch moralische Kompetenz
- Soziale Kompetenz
- Ökonomisch-ökologische Kompetenz

Im Umgang mit Menschen sind zumindest ethische, moralische und emphatische Fähigkeiten erforderlich, der Umgang mit Pflegebedürftigen benötigt weitere zusätzliche Kompetenzen.

So kommen einige Träger von Pflegeeinrichtungen zu dem Schluss, dass es zur Erfüllung des Versorgungsvertrages Mitarbeiter mit Eigenschaften braucht wie Freundlichkeit, Einfühlungsvermögen, Achtsamkeit, Offenheit, Ehrlichkeit, Kreativität, Verlässlichkeit und Herzlichkeit. Dazu kommt die Fachlichkeit, mit der die Steuerung des Pflegeprozesses notwendig verknüpft wird. (Kaiser 2007). Gute Pflege setzt beide Eigenschaften voraus: persönliche Charaktereigenschaften und Fachlichkeit. Ersteres ist nur zum Teil lernbar, zweite Voraussetzungen sind jedoch immer erwerbbar.

Die Abgewogenheit beider Voraussetzungen, der charakterlichen und der fachlichen Kompetenzen, stellt sich häufig und führt zu der Frage: Wie viel Fachkraft braucht die Pflege ohne dass sie das Pflegeheim zu einer geriatrischen Intensivstation ausrichtet? Diese Frage lässt sich nur vom Bewohner her bzw. aus seiner Sicht beantworten. Entscheidend sind das Ausmaß der Hilfebedürftigkeit und die Leitvorstellung der Pflege, das Pflegeziel. Mit wem habe ich zu tun? Sind die Bewohner schwer und schwerst pflegebedürftig, hochaltrig, multimorbid, chronisch krank, desorientiert, behindert oder davon bedroht? Konzepte regeln nicht nur unterschiedliche Betrachtungen vom pflegebedürftigen Menschen sondern sie bestimmen auch das Ausmaß und die Richtung der Pflege.

So können beispielsweise die Vorstellungen von

- Assistierender Pflege
- Selbsthilfefördernder Pflege
- Aktivierender Pflege
- Behandelnder oder rehabilitierender Pflege

zu sehr unterschiedlichen Personalzusammensetzungen führen.

Die Pflege ist individuell abgestimmt und fördert Ressourcen, aktiviert oder begleitet in der letzten Lebensphase. Die Ziele werden gemeinsam mit den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen und weiteren beteiligten Berufsgruppen festgelegt.

Dabei stellt sich die Frage: Entspricht der vorgesehene Personalschlüssel zwischen Fachpflegekräften und Hilfskräften den pflegerischen Notwendigkeiten und wird mit der interdisziplinären Zusammensetzung der Pflegekräfte das individuelle Bedürfnis nach Hilfe/Assistenz angesprochen?

4.3 Pflegeziele, Orientierung des Pflegehandelns - Grundsätze der Pflegeplanung

Unabhängig von den Grundorientierungen wie Kompensation verloren gegangener Fähigkeiten oder ressourcenorientiert um weitgehende Selbstständigkeit zu erhalten oder das Selbsthilfeprinzip zur Stärkung der Eigenverantwortung oder Palliativ in einer akuten oder vermuteten letzten Lebensphase oder fachpflegerisch medizinisch/medikamentös muss das Pflegepersonal in der Lage sein, die gemeinsam entwickelten Pflegeziele (Idealfall) oder die Leitvorstellungen des Hauses umzusetzen.

Verantwortlich sind die Pflegefachkräfte für die Einhaltung der inneren Leitvorstellung und vermitteln diese an die Hilfskräfte. Sie steuern die Pflegearrangements zwischen den verschiedenen Professionen und Tätigkeiten. Sie sorgen auch dafür, dass der Ansatz zur Selbsthilfe bzw. Selbstpflege bei der pflegebedürftigen Person erhalten bleibt. Die subsidiäre Grundvorstellung geht von einer Selbstverantwortung des Bewohners für sich aus. Hieraus ergibt sich der Vorrang der Selbstpflegekompetenz vor Fachpflege. Fachliche Kompetenz wird entsprechend den individuellen Erfordernissen graduell zugeführt.

Geringfügige Einschränkungen bedürfen keiner oder nur geringer fachlicher Begleitung. Mit zunehmendem Unterstützungsbedarf in mehreren alltagsrelevanten Tätigkeiten, die auch die Selbstpflegekompetenz erheblich einschränken können, wird ein qualitativ höherer Pflegeaufwand notwendig. Dabei sind die Qualifikationsanforderungen zu differenzieren. Eine Forderung nach einheitlich hohen Qualifikationen aller Pflegenden geht an der Pflegewirklichkeit vorbei, wie oben dargestellt. Die Ausrichtung der Ausbildung muss praktisches Pflegehandeln denjenigen erschließen, die hierfür ein hohes Interesse zeigen und sie muss handlungsleitende Theorien vermitteln für diejenigen, die sich stärker mit pflegewissenschaftlichen Begründungen auseinandersetzen wollen.

Wenn das in der Ausbildung erlernte im beruflichen Alltag nicht eingesetzt wird oder der Zusammenhang nicht erkennbar ist, kann es bald zu Frustrationen kommen, die letztlich die berufliche Perspektive verschließen.

Die Art der Pflegebedürftigkeit erfordert vom Pflegepersonal einen unterschiedlichen Wissensstand. Der Einsatz des Personals muss dies berücksichtigen, wenn Überforderungen oder Unterforderungen vermieden werden sollen.

5 Pflegeleistungen Verteilung und Ablauf

Ist das System durchlässig für die Aufnahme einer Tätigkeit in verschiedenen Verantwortungsbereichen? Die Ausrichtung der Personalstruktur geschieht bisher nach den Kenngrößen der Fachkraftquote und dem Personalschlüssel. Die Fachkraftquote wird als Vollkraftbezug für den Tätigkeitsbereich Pflege und Betreuung gemessen. Fachkräfte weisen eine dreijährige Ausbildung nach. Entsprechend den Regelungen der Bundesländer in den Landesheimgesetzen liegt ihre Quote bei über 50%.

Der zweite Personalbezugspunkt ist der Pflegeschlüssel. Auch der wird von den Bundesländern festgelegt und beträgt landesdurchschnittlich 1:2,4 Pflegebedürftige. Wird weiter unterschieden nach Fach- und Hilfskräften so ergibt sich für Hilfskräfte ein Schlüssel von 1:5,4 und für Fachkräfte von 1:4,3.

Die Frage, der hier nachgegangen wird, richtet sich auf die Fachlichkeit von Pflegekräften mit einem kurzen Ausbildungsgang und deren Anerkennung als Fachkraft. Sie wird auch aus verschiedenen Begründungszusammenhängen relevant und stellt sich etwa bei abnehmenden Potentialen an Fachkräften und verstärkter Berufsmüdigkeit. Auch ist der für Pflegeberufe relativ hohe Altersdurchschnitt relevant, der in der Altenpflege in wenigen Jahren einen erheblichen Anteil an Pflegekräften in das Rentenalter kommen sieht.

Wir haben gesehen, dass die Anforderungen bei Schwerstpflege auch von qualifizierten Kräften mit einem Jahr Ausbildung zu erfüllen sind. Das wird vermutlich nicht in jedem Fall erfüllt werden und die einfache Gleichung, nach einem Jahr Ausbildung alle Pflegekräfte zu Fachkräften zu ernennen, wird so nicht geschehen können. Somit wird die weitergehende Frage: Statt 50% Fachkraftquote eher 70% oder 20%? nicht so einfach zu beantworten sein.

Grundlage für die Berechnung der Fachkraftquote sind bisher die erforderlichen bewohnerrelevanten Sollstellen des Pflege- und Betreuungspersonals. Mit dem eingangs angeführten Beispiel hatten wir bei Pflegestufe 3 ca. 22% Leistungen ausgemacht, die von einer Pflegefachkraft nach 3-jähriger Ausbildung zu erfüllen sei. Die restlichen Tätigkeiten sollten fachlich begleitet und kontrolliert aber von Helfer/innen durchgeführt werden.

Soweit die Pflegebedürftigen keine schweren Erkrankungen (Depression, Demenz, psychische Erkrankung u.ä.) aufweisen, wird der Fachkräfteanteil (3-jährige Ausbildung) nach heutiger Anwendung der Kenngrößen bei 20% bis 30% vertretbar sein. Die Anforderungen steigen jedoch durch schwerste Pflegebedürftigkeit, hohe Demenzgrade, Palliativpflege und zunehmend durch Bewohner aus den Behindertenbereichen, die in den Werkstätten nicht weiter beschäftigt und in den angebundenen Behindertenheimen im Rentenalter nicht weiter versorgt werden können. Im Zuge der Umstellung auf eine Wohngruppenversorgung werden weitere Fachlichkeiten verlangt, die im hauswirtschaftlichen Bereich liegen und keinesfalls mit der häuslichen Tätigkeit im Pflegehaushalt zu vergleichen sind.

Auf der einen Seite werden so im Verlauf die Anforderungen hoch gesetzt und auf der anderen Seite suchen Teile des Personals zeitlich und aufgabenbezogen eher reduzierte und weniger stark eingebundene Tätigkeiten.

Wie kann dem begegnet werden? Die Fachkenntnisse müssen zunächst alle pflegerischen Gebiete umfassen (Allrounder). Die klassische Aufteilung der Pflegeverrichtung (Grundpflege, Behandlungspflege und psychosoziale Betreuung) wird neueren Konzepten nicht gerecht.

Es wird mehr fachliche Kompetenz und mehr soziale Kompetenz erforderlich. Der derzeitige Fachkraftbegriff ist zu eng gefasst und muss erweitert werden. Fachlichkeit wird auch erwartet in den Themen Wohnen, Kommunikation, Aktivierung, soziale Begleitung. Zudem wird die Entwicklung der Bereitschaft zum Mitmachen und der Selbstverantwortung der Mitarbeiter zunehmend vorausgesetzt.

Nicht mehr Ganzheitlichkeit wird in der Pflege gefordert sondern „umfassendes Verständnis“, so wird die Vorstellung von „Vollständigkeit“ vermieden um einer Tendenz zur Vereinnahmung, Verfügungsgewalt über den Gepflegten zu begegnen. Aus der Diskussion um die Zukunft der Pflege wird vor allem darauf gesetzt, dass die Rahmenbedingungen diese Ausrichtung aufnehmen und hier sind erste Anzeichen mit der Diskussion um den Pflegebedürftigkeitsbegriff zu erkennen.

In der Vorlage zur Neugestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes wurde die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in den Vordergrund gerückt. Die Verfasser stellen das Ausmaß der Selbstständigkeit des Menschen mit Pflegebedarf und / oder Behinderung in den Vordergrund und versuchen so, eine Sichtweise zu vermeiden, die sich primär an den Defiziten und am Unvermögen orientiert (BMG: 70ff).¹²

¹² Bundesministerium für Gesundheit (Jan. 2009): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin

Ein Aspekt, der bereits weiter oben angesprochen wurde war auch für die Autoren des Beiratsberichtes zentral. Die erweiterte Betrachtung der Pflegebedürftigkeit, die sich in der vorgeschlagenen Beurteilung der Pflegebedürftigkeit niedergeschlagen hat, umfasst 8 Module (Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheits-/ therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte, außerhäusliche Aktivitäten, Haushaltsführung). Die veränderte Betrachtung von Pflegebedürftigkeit sollte nicht ohne Einfluss auf die Pflegeausbildung bleiben. Die geforderte Ganzheitlichkeit in der Wahrnehmung der Lebenslage ist jedoch nicht gleichzusetzen mit einer Vorstellung von ganzheitlicher Pflege. Offen bleibt die Bewertung der Pflege nach Zeiteinheiten. Diese werden als Bemessungsgrößen für das Ausmaß der im Einzelfall benötigten Hilfen für nicht sachgerecht gehalten. Andererseits sind nur begrenzte Ressourcen in der Umsetzung der Pflege verfügbar und diese erfordern transparente, personenzentrierte Hilfen und finanzielle Prioritätensetzung um der zunehmenden Zahl pflegebedürftiger Menschen gerecht zu werden.

Zusammenfassung

Die Pflegeausbildung muss den veränderten Pflegezielen folgen und als assistierende Pflege stärker die Selbstpflegekompetenz der Pflegebedürftigen in den Vordergrund stellen. Mit der Anpassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes an die veränderte Bedarfslage aber auch an eine Sichtweise von Pflegebedürftigkeit, die den Einzelnen stärker in den Blickpunkt rückt, wird die Pflegeausbildung ebenfalls hierauf abgestimmt werden müssen.

Unverändert bleibt die Fachkraftfrage. Auch veränderte Ausrichtungen der Betrachtung ändern hieran nichts. Es werden nicht mehr Mittel zur Finanzierung des absehbaren Mehrbedarfs aus der erweiterten Einschätzung von Pflegebedürftigkeit zur Verfügung stehen.

In der Pflege ist die Frage nach dem Hilfebedarf längst über verrichtungsbezogene Unterstützungsleistungen hinaus dahingehend behandelt worden, dass die Notwendigkeit psychosozialer Konzepte umgesetzt wurden. Das Problem einer angemessenen Bewertung über den Katalog von Verrichtungen (§14 Abs. 4 SGB XI) hinaus erschwert jedoch bisher eine angemessene Betreuung.

Nicht alle Pflegeausbildungsgänge der vergangenen Jahre haben sich nach veränderten Zielsetzungen ausgerichtet, die Phase grundlegender Umstrukturierung seit Inkrafttreten des Bundesaltenpflegegesetzes (2003) hat vielerorts noch nicht einmal begonnen, vollzieht sich uneinheitlich und bringt zunehmend unübersichtliche Strukturen hervor, so die Expertenkommission Pflege der Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege – BGW.¹³

6 Neuorientierung zwischen Theorie und Praxis

Die Pflegeausbildung richtete sich bisher auf drei verschiedene Ausbildungsberufe: Kinderkrankenpflege, Krankenpflege und Altenpflege. Im Rahmen ihrer Ausbildungsausrichtung auf die eine Altersgruppe war zugleich ein Spezialisierungsgrad erreicht. Eine abgestufte Qualifizierung war bisher ebenso wenig möglich wie eine Durchlässigkeit in das tertiäre Ausbildungssystem (Hochschule/Universität).

Vorstellbar wäre eine stufenweise Qualifizierung, die bereits nach dem ersten Ausbildungsjahr einen Abschluss ermöglichen würde (z.B. Pflegeassistent/in) und einen Fachkraftstatus verleihen würde. Diese Ausbildungsstufe müsste vom Gesamtsystem Gesundheitspflege anerkannt werden.

Mit einer Neuausrichtung in der Ausbildung soll u.a. den steigenden Ansprüchen an die Pflegequalität gerecht werden. Hierzu wird auch die Veränderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes beitragen, der mehr Autonomie der Pflegebedürftigen fordert. Die Pflege soll sich hierauf ausrichten. Das würde zu einer stärkeren Konzentration in der Ausbildung auf Schlüsselqualifikationen führen. Notwendigerweise wird solche Ausrichtung von Weiterbildung, Nachqualifizierung und lebenslangem Lernen begleitet.

Mit der Einführung des Altenpflegegesetzes 2003 ist keine einheitliche und verbindliche Definition über die Aufgaben der Altenpflege vorgelegt worden. Jedoch ist ersichtlich, dass der Praxisbezug erhalten und gestärkt wurde. Allein die Stundenzahl macht dies deutlich: Die Ausbildung sieht 2.100 Stunden theoretischen Unterricht und 2.500 Stunden praktische Ausbildung vor. Eine Ausrichtung an beruflichen Handlungskompetenzen, also der Praxis, lässt auch Personen mit geringerem Interesse an theoretischer „Begleitung“ in diesem Beruf eine Chance ohne das duale Ausbildungssystem in Frage zu stellen.

¹³ Expertenkommission Pflege der Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege –BGW (2006): Empfehlungen zur Qualitätssteigerung und -sicherung der Altenpflegeausbildung in Deutschland. Positionspapier. bgwthemen

Somit würde nicht vorrangig nach traditionellen Fächern sondern nach Lernfeldern ausgebildet werden, die sich auf praktische Tätigkeitsfelder beziehen lassen. Lernen folgt dann stärker handlungslogischer statt fachlogischer Ausrichtung.

Das Pflegepersonal in Deutschland ist im internationalen Vergleich „überaltert“, das bedeutet, dass ein hoher Bedarf an Weiterbildung besteht. Gegenüber Berufseinsteigern mindert das die Weitergabe von pflegerischem Wissen durch ältere Mitarbeiter.

6.1 Bildungsziele / Bildungsstruktur / Stufen der Qualifikation

Das bisherige Ausbildungssystem in den Pflegeberufen war dadurch gekennzeichnet, dass Alten- Kinderkranken- und Krankenpflegeausbildung mit eigenen Ausbildungsausrichtungen durchgeführt wurde.

Seit Jahren wird dagegen von verschiedenen Seiten eine generalistische Ausbildung, die alle drei Gesundheitsberufe zusammenfasst, gefordert.¹⁴ Die Pflegeausbildung wird sich stärker an europäischen Ausbildungsnormen orientieren müssen. Dabei ist zu klären, ob die Ausrichtung an einer Hochschulausbildung angesiedelt wird mit dem Ziel einer Angleichung der Bildungsabschlüsse auf europäischer Ebene oder / und weiterhin an Altenpflegesschulen.

6.2 Wie kann zukünftig die Pflege aussehen und welche Perspektiven bietet die Pflegearbeit für die Karriereplanung? Welche Verantwortungsbereiche können aufgebaut werden?

Zu den Forderungen an die zukünftige Pflegeausbildung zählt u.a. die Öffnung in den Hochschulbereich durch die Herstellung einer Durchlässigkeit zur tertiären Bildungsebene. Damit wäre eine Weiterqualifizierung mit Bachelor-, Diplom- oder Masterstudiengang möglich.

Die Durchlässigkeit darf jedoch nicht nur in eine Richtung verlaufen. Die bisherigen Konzepte sehen nur die theoretisch-akademisch orientierte Anbindung als Ziel vor. Eine Öffnung in den Zugangsbereich, wie ihn die Pflegeausbildung möglich macht, wird nicht gesucht. Dabei ist auch diese Öffnung in der Zukunft notwendig, wenn es

¹⁴ So beispielsweise: Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung (2000): Robert Bosch Stiftung (Hrsg.); Oelke U. / Menke, M. (2002): Gemeinsame Pflegeausbildung. Modellversuch und Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Alten- Kranken- und Kinderpflege. Verlag Hans Huber. Modellvorhaben des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend „Pflege in Bewegung“ (2004 bis 2008). Forderung des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe e.V. (DBfK): Memorandum zur Pflegeausbildung (29. Mai 2009).

nicht zuletzt darum geht, genügend Pflegekräfte in einem demografisch bedingten abnehmenden Feld potentieller Pflegenachwuchskräfte zu finden, bei gleichzeitiger erhöhter Nachfrage nach Pflegediensten. Die Zugangsregelungen sind im Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG, Fassung vom 28.5.2008) geregelt. Danach wird formal der Realschulabschluss oder gleichwertiges gefordert bzw. eine zehnjährige Schulbildung, die den Hauptschulabschluss erweitert. Ersatzweise kann auch ein Hauptabschluss vorliegen, wenn eine einjährige / zweijährige einschlägige Berufstätigkeit mit Abschluss absolviert wurde.

In diese Richtung unterstützt ein Curriculum, das an Lernfeldern ausgerichtet ist und fächerintegrierend exemplarisches Lernen fördert. Verbindliche Standards, wie sie in der traditionellen Berufsbildung vorliegen sind in dieser Konzeption zurückgenommen. Die Ausbilder / Lehrkräfte entscheiden über die Relevanz von Inhalten. Die Förderung der Kompetenz wird daher stark praxisorientiert gestaltet.

Die Ausbildung erfordert demgemäß Lehrende, die auch in der Lage sind, Zusammenhänge zwischen den Situationen und den hierin enthaltenden Lernfeldern zu erkennen. Es ist zu erwarten, dass Auszubildende mit Hauptschulabschluss und der Vorstellung einer kurzen Ausbildungszeit weniger theoriebezogen als vielmehr praxisorientiert lernen. Diesen Personen kommt ein fächerintegrierter Unterricht entgegen. Für sie liegt der Bildungsauftrag stärker in der Praxis. Mittels eines überschaubaren Ausbildungsrahmens und einer Konzentration auf ein Bildungsvolumen, das innerhalb eines Jahres vermittelt werden kann, werden Neigungen zu einem Berufsausstieg entgegengewirkt (was zu überprüfen wäre). Jeder Ausbildungsbetrieb entwickelt seinen eigenen Plan auf der Basis des Rahmenplans, das wird für die Auszubildenden nachvollziehbar, da sie jede Lerneinheit jeden Tag konkret nachvollziehen können.

Diese Lernform muss jedoch auf eine horizontale Kompatibilität abgestimmt werden. Lernfelder in den bisherigen Pflegeberufen Altenpflege, Kinderkrankenpflege und Krankenpflege unterscheiden sich allein auf Grund der Ausrichtung auf eine Altersgruppe und somit auf deren Besonderheiten. Hier sollten Ausbildungsgänge, die erst zu einem späteren Zeitpunkt sich spezialisieren, die Vereinbarkeit mit später aufgenommenen Ausbildungseinheiten (Modulen) aufeinander bezogen werden.

Neben der vertikalen Durchlässigkeit wird mit der Zusammenlegung der Pflegeberufe in den ersten Ausbildungsjahren eine horizontale Verknüpfung erreicht. Ein weiterer Effekt sollte in der Europakompatibilität der Ausbildung liegen.

Dabei kommt es zu Überschneidungen oder zu Berührungen mit weiteren Themen und Berufen oder Diensten in der Altenpflege. Besonders die Tätigkeit in den sich verbreitenden Wohngruppen umfasst eine breite Spanne an Tätigkeiten wie etwa:

Mobilisierung / Kinästhetik / Ergotherapie / Physiotherapie
Hauswirtschaft / Präsenzkraft
Prävention / Rehabilitation
Grundpflege
Behandlungspflege
Gebäudemanagement
Hauswirtschaft
Psychosoziale Betreuung
Emotionale und Glaubensbetreuung

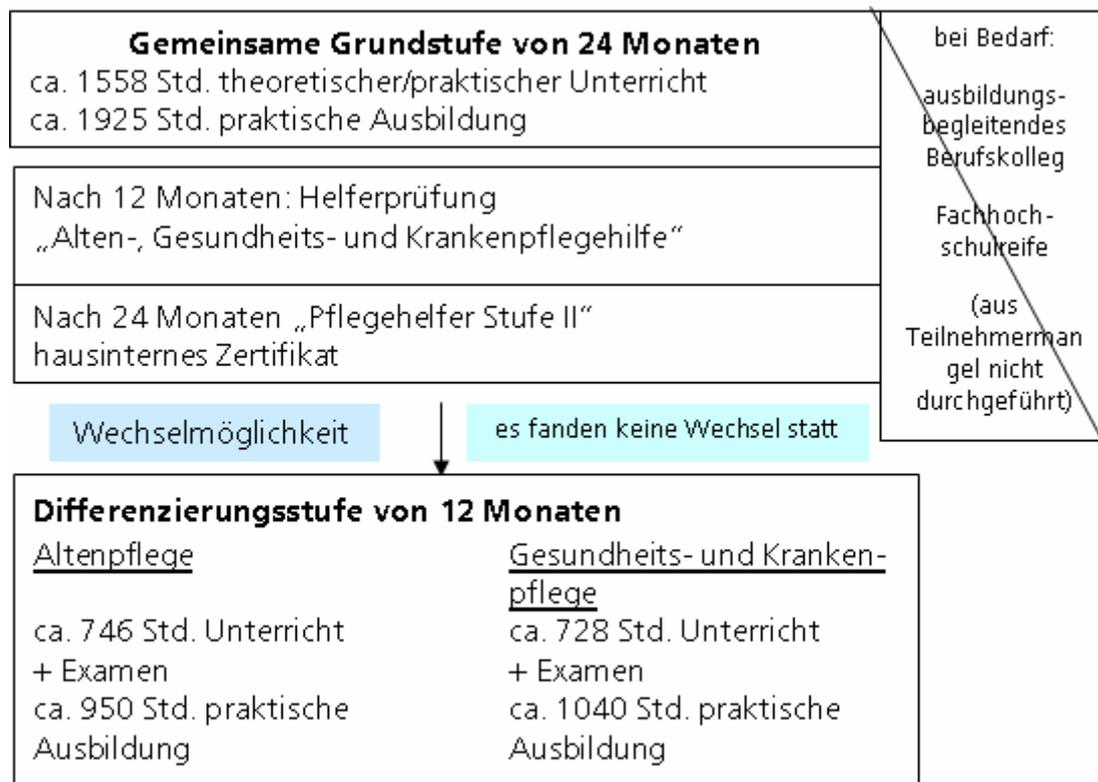
In einer an der Praxis ausgerichteten Tätigkeit werden alle Felder Eingang in ein Praxis strukturierendes Curriculum finden. Es wird zu entscheiden sein, ob die Pflege und Betreuung als Spezialisierungsbereich oder als eigenständiger Berufszweig anzusehen ist

Als Ausbildungsbereich scheint dieser Pflegebereich eher in die modulare Ausbildung zur Altenpflegerin zu zählen. Wie könnte ein Rahmenkonzept gestaltet werden? Eine erste Annäherung strukturiert grob die Ausbildungszeiten in Modulen, aufgeteilt in drei einjährige Phasen mit jeweiligem Abschluss. Jeder Abschluss erfolgt mittels einer Prüfung, die bereits einen beruflichen Status als Fachpfleger/in hervorbringt.

In einem Modellprojekt wurde in Baden-Württemberg ein Gesamtkonzept zur gemeinsamen Ausbildung in der Krankenpflege und Altenpflege entwickelt. Die Schüler wurden in einem integrierten Lernmodell ausgebildet. Die in der Grafik 6 dargestellte Konzeption soll noch einmal verdeutlichen, wie eine horizontale und vertikale Durchlässigkeit praktisch umgesetzt werden kann. Die Schüler werden lernfeldorientiert ausgebildet und erarbeiten den theoretischen Hintergrund in den ersten beiden Jahren gemeinsam. Nach dem ersten Jahr findet eine erste Zwischenprüfung statt. Mit dem Bestehen dieser Prüfung erhielten die Schüler die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung **Altenpflegehelfer/in und Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in**. In einer Absprache mit dem zuständigen Regierungspräsidium Karlsruhe wurde die Prüfung staatlich anerkannt.

Die zweite Prüfung erfolgte vor der Spezialisierungsphase und hatte keine weitere berufliche Anerkennung zur Folge.

Grafik 6 Gesamtkonzept Modellprojekt „ia Pflege“ ¹⁵



Die Schüler hatten zu einem kleinen Teil Hauptschulabschluss einige wenige die allgemeine Hochschulreife. Die Mehrheit wies einen Realschulabschluss oder vergleichbares auf.

Das Modell weist in die Richtung einer horizontalen wie auch vertikalen Durchlässigkeit. Eine gezielte Ausrichtung auf die untere Ebene der Personen mit Hauptschulabschluss könnte den Weg für Berufseinsteiger in späteren Jahren ebenso eröffnen wie jungen Neueinsteigern.

¹⁵ Weidenauer, C. / Rückemann, G. (Dez. 2007): Pflegeausbildung in Bewegung. Modellprojekt „ia Pflege“ (Baden-Württemberg) Abschlussbericht. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Eigene Schriftenreihe.

6.3 Module in der Pflegeausbildung

Ausrichtung auf den Pflegealltag und vor dem Hintergrund der Pflegeausbildung

<p>A Pflegefachkraft 1 Altenpflegehelfer / Assistent o.ä. (Umschüler oder Wiedereinsteiger nach Familienphase) 10 Jahre Schulausbildung oder Schule plus geleitete Tätigkeit oder berufliche Tätigkeit</p>	<p>Grundausbildung oder Ausbildung Generale: Lernfeldausbildung 1 Jahr (Fachkompetenz, soziale Kompetenz) Helfermodul + Grundmodul Qualifizierter Abschluss wie im Beispiel Baden-Württemberg.</p>
<p>B Pflegefachkraft 2 z.B. Präsenzkraft in WG's Abschluss A</p>	<p>Grundausbildung + Schwerpunkt 2 Jahre davon 1 Jahr Schwerpunkt z.B. Demenz (spezifische Fachkompetenz)</p>
<p>C Pflegefachkraft 3 Abschluss B</p>	<p>Fachkraft 2 + Fähigkeit zur Pflegediagnostik Fachkompetenz, Kompetenz zum selbstorganisierten Handeln</p>
<p>Pflegeleitungsfachkraft Abschluss C + plus Praxis und Weiterbildung</p>	<p>Fachkraft 3 + weiteres Studium 4 Semester möglich Leitungskompetenz Weitere Qualifizierungen an Hochschule möglich</p>

Zusammenfassung

Der von vielen Seiten erwartete und zum Teil schon eingetretene Mangel an Pflegekräften benötigte eine Anpassung der Ausbildung an veränderte Anforderungen. Diese resultieren zum einen aus den Anforderungen auf europäischer Ebene im Hinblick auf die gemeinsame Ausbildung der Pflegeberufe wie auch zum anderen auf einen Wechsel in der inhaltlichen Gestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes mit der Folge eines Paradigmenwechsels auch in der Ausbildung.

Die Forderung nach einer Durchlässigkeit der Ausbildung in Richtung Studium soll den Pflegeberuf attraktiver machen. Die Ausrichtung wird allerdings auf der Zugangsebene weniger auf Hauptschulabsolventen bezogen. Einige Bundesländer haben Ausbildungsgänge mit einjähriger Dauer zum Pflegehelfer oder Pflegeassistenten entwickelt. Eine konzeptionelle Strategie ist hier jedoch nicht zu erkennen.

Das zu erwartende Dilemma des Mangels an Fachpflegekräften wird so nicht zu beheben sein.

Die Öffnung der Ausbildung in Richtung Hochschule bringt keine Pflegekräfte hervor, die auch Grundpflege leisten wollen. Diese Leistungen werden, wie oben gezeigt von Pflegekräften durchgeführt, die zum Teil noch in der Ausbildung stehen oder hierfür bereits überqualifiziert sind.

Die Anerkennung als Pflegefachkraft im Sinne des SGB XI oder der Landesheimgesetze zur Erfüllung der Pflegefachkraftquote lässt sich nur lösen, wenn der Zugang und die Erstausbildung attraktiver gestaltet werden. Das bedeutet, eine zeitlich überschaubare Erstausbildung mit der Perspektive bald auch ein eigenes Einkommen beziehen zu können und bei Motivation weitere Ausbildungsmodule hinzufügen zu können.

Eine Vergleichsstudie mit europäischen Ländern, die diese Frage anders gelöst haben, wäre ein nächster Schritt.

Literatur

Blinkert, B. / Klie, T. (2001): Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050. Expertise im Auftrag der Enquete-Kommission Demografischer Wandel des Deutschen Bundestages. Vervielfältigtes Manuskript.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend „Pflege in Bewegung“ (2004 bis 2008). Ausgabe 3/2006

Bundesministerium für Gesundheit (Jan. 2009): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin

Dettbarn-Reggentin, J. / Reggentin, H. (2008): Pflege und Betreuung dementiell erkrankter Bewohner in einer Pflegeoase. Eine Studie zur Effektivität von Mehrpersonenräumen (Pflegeoasen) auf das Wohlbefinden der Bewohner. Vervielfältigter Projektbericht.

Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe e.V. DBfK: Memorandum zur Pflegeausbildung (29. Mai 2009)

Expertenkommission Pflege der Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege –BGW (2006): Empfehlungen zur Qualitätssteigerung und -sicherung der Altenpflegeausbildung in Deutschland. Positionspapier. bgwthemen

Fachhochschule Bielefeld – Fachbereich Pflege und Gesundheit (2008): Projektbericht „Geschlechterbezogene Analysen zur Berufsbildung und Akademisierung“. Berichte aus Lehre und Forschung: Nr. 19.

Frerichs, F. / Freundlieb, A. / Krämer, K. / Sporkel, M. / Wienold, K. (2004): Personalstrukturen, Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in der stationären Altenpflege. Im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. Abschlussbericht.

Hasselhorn, H. / Müller, B. / Tackenberg, P. (2005): Die NEXT- Studie - Relevanz der Ergebnisse für Deutschland. Power Point Präsentation in Berlin, 30.04.2005. NEXT = nurses' early exit study.

Kaiser (2007): "Wie viel Fachkraft braucht die Pflege? – Die Personalausstattung in Heimen als maßgebliches Kriterium für die Qualität der Pflege und Betreuung" Vortrag am 05.06.2007

Oelke U. / Menke, M. (2002): Gemeinsame Pflegeausbildung. Modellversuch und Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Alten- Kranken- und Kinderpflege. Verlag Hans Huber

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2000): Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart

Rothgang, H. / Borchert, L. / Müller, R. / Unger R. (2008): GEK-Pflegereport 2008. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 66. Herausgeber: GEK-Gmünder Ersatzkasse, Schwäbisch Gmünd. Asgard-Verlag, St. Augustin

Schnabel, R (2007): „Zukunft der Pflege“, Studie zur „Situation der Pflege bis zum Jahr 2050“ im Auftrag der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft.
http://www.insm.de/Presse/Pressemeldungen/pressemeldngen/Studie_zur_Zukunft_der_Pflege.de

Statistisches Bundesamt (2006): Entwicklung der Bevölkerung Deutschlands bis 2050. Schätzwerte der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Variante: Untergrenze der „mittleren“ Bevölkerung. Anhang B. Eigene Darstellung (Auszug).

Statistisches Bundesamt (2008): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden

Verband der Schwesternschaft vom Deutschen Roten Kreuz e.V. (2007): Positionspapier „Zukunft der Pflege“ <http://www.drk-schwesterschaft.de>

Weidenauer, C. / Rückemann, G. (Dez. 2007): Pflegeausbildung in Bewegung. Modellprojekt „ia Pflege“ (Baden-Württemberg) Abschlussbericht. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg). Eigene Schriftenreihe.