

Barbara Klein, Petra Gaugisch, Katrin Stopper

"Pflege 2015": Neue Arbeitsanforderungen und zukünftige Qualifizierungsbedarfe

Abschlussbericht

Auf einen Blick...

Die identifizierten Entwicklungstrends wurden in die Bereiche Personal- und Bewohnerstruktur, innovative Technologien sowie neue Wohn- und Versorgungsformen zusammengefasst.

- Die Qualifizierungsbedarfe ließen sich den Kompetenzen beruflicher Handlungsfähigkeit (Fachwissen, Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenz) zuordnen. Erweitert wurden sie um die Medienkompetenz, da der Umgang mit neuen Medien und Technologien auch im Pflegesektor an Bedeutung gewinnt.
- Hinsichtlich der Fachkompetenz wurden u.a. die Themen Palliative Care, Gerontopsychiatrie, Pflegediagnostik genannt. Bei der Methodenkompetenz wurde u.a. die Planungs- und Steuerungskompetenz und das Schnittstellen- und Qualitätsmanagement als notwendig erachtet.
- Bezüglich der Sozialkompetenz wird empfohlen, u.a. Anleitungskompetenzen, kunden-/ serviceorientierte Kommunikation sowie Verhandlungs- und Beratungskompetenzen zu stärken. Personale Kompetenz sollte im Bereich Stressbewältigung und Zeitmanagement aufgebaut werden. Unter dem Aspekt der Medienkompetenz sollten Grundlagen bzw. eine Erweiterung der EDV-Kenntnisse vermittelt werden.
- Beispiele für die Gestaltung von Bildungsmaßnahmen sind im Bericht formuliert.



Fraunhofer Institut
Arbeitswirtschaft und
Organisation

»Pflege 2015«: Neue Arbeitsanforderungen und zukünftige Qualifizierungsbedarfe

Abschlussbericht

Bearbeitet von:

Prof. Dr. Barbara Klein
Petra Gaugisch
Katrin Stopper

Fraunhofer IAO
Nobelstr. 12
70569 Stuttgart

Auftraggeber:

Hans-Böckler Stiftung und ver.di

Hans **Böckler**
Stiftung 



Mai 2008

Impressum

Herausgeber:

Fraunhofer Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation IAO
Nobelstraße 12
70569 Stuttgart

Autoren

Prof. Dr. Barbara Klein
Petra Gaugisch
Katrin Stopper

Verlag

Fraunhofer IRB
Nobelstraße 12
70569 Stuttgart

ISBN

978-3-8167-7636-9

Erscheinungsjahr

Mai 2008

Vertrieb

www.ph.iao.fraunhofer.de
www.boeckler.de

Inhaltsverzeichnis

1	Management Summary	5
2	Einleitung	7
3	Zielsetzung des Projektes »Pflege 2015«	10
4	Vorgehensweise und Arbeitspakete	11
4.1	AP 1: Identifikation und Beschreibung von Entwicklungs- und Innovationsfelder in der Pflege	11
4.2	AP 2: Ermittlung der Anforderungsprofile und Qualifizierungsbedarfe ..	12
4.3	AP 3: Ableitung von Handlungsempfehlungen für die Entwicklung entsprechender Anpassungsqualifizierungen	12
5	Thesenpapier	14
5.1	Entwicklungstrends bezüglich der Bewohnerinnen und Bewohner	14
5.2	Entwicklungstrends bezüglich der Personalstruktur in der Pflege	21
5.3	Entwicklungstrends bezüglich neuer Wohn- und Versorgungsformen ..	29
5.4	Neue Technologien in der Pflege	37
6	Workshops und Interviews zu Entwicklungstendenzen und Anpassungsqualifizierungen	45
6.1	Workshop mit Expertinnen und Experten	45
6.2	Workshop mit Praktikerinnen und Praktikern	52
6.3	Interviews mit Expertinnen und Experten aus der Praxis	57
6.4	Evaluationsworkshop	61
7	Handlungsempfehlungen	63
7.1	Kompetenzmodell.....	64
7.2	Abgeleitete Kompetenzanforderungen aus den Ergebnissen von Pflege 2015	68
7.3	Empfehlungen für die Durchführung von Anpassungsqualifikationen ..	73
7.3.1	Palliative Care	73
7.3.2	Hermeneutisches Fallverstehen am Fallbeispiel der Versorgung von Bewohnern mit Dekubitus.....	74
7.3.3	Serviceorientiertes Kommunizieren, Anleiten und Beraten	76
7.3.4	Neue Technologien in der Pflege.....	78
8	Offene Fragen	90
9	Literatur	92
10	Anhang	99

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Anstieg der Gesamtpflegebedürftigen bzw. der in Heimen versorgten seit 1999 (Statistisches Bundesamt 2007, 4 und Statistisches Bundesamt 2005, 23).....	16
Abbildung 2:	Versorgung der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen seit 1999 (vgl. Statistisches Bundesamt 2007, 4 und Statistisches Bundesamt 2005, 23)...	16
Abbildung 3:	Entwicklung der Migrantinnen und Migranten über 60 Jahren bis zum Jahr 2030 (vgl. Waldenburg-Zeil 2003, 4).....	17
Abbildung 4:	Personalsituation in stationären Pflegeeinrichtungen (vgl. Statistisches Bundesamt 2007, 26)	22
Abbildung 5:	Ausblick Beschäftigte im Pflegesektor (vgl. Schnabel 2007, 21)	23
Abbildung 6:	Trendstudie »Pflege 2020«, 2007	26
Abbildung 7:	Planung neuer Wohnformen in den Einrichtungen (vgl. Fraunhofer Institut Arbeitswirtschaft und Organisation 2007, 4)	31
Abbildung 8:	Strategische Projekte im Bereich Technikeinsatz, Fraunhofer IAO 2007.....	38
Abbildung 9:	Der Bildungsmanagementprozess (angelehnt an Fredrich 2003, 125 ff. und Meier 2005, 414).....	63
Abbildung 10:	Kompetenzmodell	64
Abbildung 11:	Niveauebenen des ECVET-Systems. (vgl. Europäisches Parlament 2007, 1).....	85
Abbildung 12:	Niveauebenen nach dem Deutschen Bildungsrat für Pflegeberufe	88

1 Management Summary

Die Altenhilfe ist einer Vielzahl von Entwicklungen ausgesetzt, die eine weitere Ausdifferenzierung der Arbeitsanforderungen und neue Kompetenzen für die beruflich Pflegenden erforderlich machen.

Folgende Trends lassen sich für die Altenhilfe darstellen:

- die soziodemographischen Veränderungen mit einer Zunahme an hochaltrigen, chronisch kranken und multimorbiden Menschen
- die Veränderungen in den Versorgungsstrukturen mit einem steigenden Bedarf an neuen innovativen Versorgungskonzepten wie z.B. die Entwicklung neuer Wohnformen
- die u. a. damit verbundenen Veränderungen in der Personalstruktur sowie
- der Einzug neuer technologischer Entwicklungen in den Gesundheits- und Sozialsektor.

Hier stellt sich die Frage welche Anpassungsqualifizierungen der bereits heute in der Altenhilfe tätigen Fachkräfte benötigen, um den Entwicklungen gerecht zu werden.

Diese Thematik greift das von der Hans-Böckler-Stiftung und der vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di geförderte Projekt »Pflege 2015« auf. Folgende Ziele wurden mit dem Projekt »Pflege 2015« verfolgt:

- Identifizierung der Auswirkungen der Entwicklungstrends im stationären Altenpflegesektor auf die heute beruflich Pflegenden
- Beschreibung der sich daraus ergebenden neuen Anforderungsprofile für die stationäre Altenpflege
- Definition der Kompetenz- und Qualifizierungsbedarfe vor dem Hintergrund der sich verändernden Anforderungsprofile
- Benennung von Handlungsempfehlungen für die strategische inhaltliche und organisatorische Entwicklung von Angeboten im Rahmen einer Anpassungsqualifizierung für die Fort- und Weiterbildung und die Bil-

dungsanbieter unter Berücksichtigung der in der Branche stark ausgeprägten Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse und des hohen Frauenanteils

Die Anpassungsqualifizierungen wurden anhand von Literaturrecherchen, Workshops und Interviews mit Expertinnen und Experten u. a. von Hochschulen, Bildungsträgern, Altenhilfeträgern und der Praxis erarbeitet.

Bei der Formulierung der Anforderungsprofile und Qualifizierungsbedarfe wurden die Kompetenzen beruflicher Handlungsfähigkeit zu Grunde gelegt: die Fachkompetenz, die Methodenkompetenz, die Sozialkompetenz und die Personale Kompetenz. Ergänzt wurden die Kompetenzen durch die Medienkompetenz, da Einsatz von Medien und Technik für den Altenhilfesektor an Bedeutung gewonnen hat.

Hinsichtlich der Fachkompetenz wurde herausgearbeitet, dass v. a. aufgrund der Veränderungen in der Bewohnerstruktur eine Anpassungsqualifizierung insbesondere die Themen Palliative Care, Gerontopsychiatrie, Behandlungspflege sowie Gesundheitsförderung beinhalten sollte.

Bei der Methodenkompetenz wurde beispielsweise die Erweiterung der Kenntnisse in den Bereichen der Pflegediagnostik, der Arbeitsorganisation, der Planungs- und Steuerungskompetenz, des Schnittstellen- und Qualitätsmanagement sowie im Ideen- und Innovationsmanagement als notwendig erachtet.

Vor allem die Veränderungen in der Personalstruktur mit einem zunehmenden Personalmix führen dazu, dass zukünftig Kompetenzen sich auf das Anleiten von Kolleginnen und Kollegen, das Delegieren von Aufgaben und auf die Überprüfung der Ergebnisqualität beziehen.

Im Bereich der Personalen Kompetenz sollten beispielsweise Stressbewältigung, Work-Life-Balance, Zeitmanagement und ethische Fragestellungen thematisiert werden.

Unter dem Aspekt der Medienkompetenz sollte technisches Verständnis entwickelt werden und sowohl Grundlagen bzw. eine Erweiterung der EDV-Kenntnisse als auch Kenntnisse über Informations- und Kommunikationstechnologien gegeben werden.

Konkrete Vorschläge für die Anpassungsqualifizierung wurden für die Themen »Palliative Care«, »Hermeneutisches Fallverstehen am Fallbeispiel der Versorgung von Bewohnern mit Dekubitus«, »Serviceorientiertes Kommunizieren, Anleiten und Beraten« und »Neue Technologien in der Pflege« erarbeitet. Eine Einordnung der Anpassungsqualifizierung in den Europäischen Qualifikationsrahmen wird diskutiert und der weiterer Handlungsbedarf aufgezeigt.

2 Einleitung

Die Gesundheitswirtschaft im Allgemeinen ist einer Vielzahl von Herausforderungen und Entwicklungstendenzen ausgesetzt, die berufliche Anforderungen und Qualifizierungsbedarfe direkt und indirekt betreffen (vgl. Hilbert 2003, 20). Die Entwicklungstendenzen sind heute auch schon für die Pflegekräfte in der Altenhilfe spürbar.

Folgende Trends lassen sich für die Altenhilfe identifizieren:

- die soziodemographischen Veränderungen mit einer Zunahme an hochaltrigen, chronisch kranken und multimorbiden Menschen
- die Veränderungen in den Versorgungsstrukturen mit einem steigenden Bedarf an neuen innovativen Versorgungskonzepten
- die Entwicklung neuer Wohnformen und
- die u. a. damit verbundenen Veränderungen in der Personalstruktur sowie
- der Einzug neuer technologischer Entwicklungen in den Gesundheitssektor.

Eine weitere Ausdifferenzierung der Arbeitsanforderungen wird ebenso wie die Erschließung neuer Handlungsfelder aus vielfältigen Gründen in der professionellen Pflege erforderlich. Vor diesem Hintergrund wird zunehmend die Frage diskutiert, wie Gesundheitsberufe und deren Ausbildung zu gestalten sind (vgl. Bollinger u. a. 2005; Robert-Bosch Stiftung 2000).

Nach Hilbert erfolgt berufliches Handeln immer in einem sozialen Kontext. Ändern sich die Kontextfaktoren, so hat dies unmittelbare Auswirkungen auf das berufliche Handeln. Betriebliche Fort- und Weiterbildung dient damit idealtypisch neben der Funktion der Personal- und Organisationsentwicklung auch als Instrument, um defizitäre Personalqualifikationen an sich verändernde Bedarfe anzupassen (vgl. Hilbert 2003, 20).

Es ist zu beobachten, dass Pflegeeinrichtungen verstärkt Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen durchgeführt. Hauptsächlich wurden Qualifikationsmaßnahmen für Wohnbereichsleitungen vorgenommen, zudem wurden in speziellen gerontopsychiatrischen Fachbereichen fortgebildet und Kenntnisse für

die Umsetzung pflegerischer Konzepte vermittelt (vgl. Isfort 2003, 29 f.). Jedoch gibt es in der beruflichen Fort- und Weiterbildung eine Vielfalt an Angeboten und Richtlinien: Im Sozial- und Gesundheitswesen gibt es für 99 staatlich anerkannte Weiterbildungsabschlüsse 144 Regelungen. Bei den Weiterbildungen, deren Abschlüsse keinerlei nachvollziehbare Qualitätskriterien unterliegen, gibt vermutlich über 1.000 Abschlussbezeichnungen allein im Gesundheitswesen (vgl. Becker in Becker / Meifort 2002, 14).

Die berufliche Pflege hat sich in den letzten Jahren zunehmend professionalisiert. Dazu zählen, neben den gesetzlichen Neuregelungen die Novellierung des Krankenpflegegesetzes mit der Erweiterung der Berufsbezeichnung zur Gesundheits- und Krankenpflege und die Akademisierung der Pflege vor allem in der Berufspädagogik und im Management. Hinzu kommen die Studiengänge in der Pflegewissenschaft.

Auch die Grundqualifizierung der Pflegeberufe steht seit vielen Jahren im Blickfeld fach- und berufspolitischer Diskussion (vgl. z.B. Robert-Bosch Stiftung, 2000). Seit 2003 erfolgt die Altenpflegeausbildung erstmals in der Geschichte des Berufes einheitlich auf bundesgesetzlicher Grundlage. Inhaltlich orientiert sich das Bundesgesetz an den aktuellen gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen, weshalb von einem sozialpflegerischen Schwerpunkt ein medizinisch-pflegerischer Schwerpunkt gesetzt wird. Durch bundesweite Vereinheitlichung kann der Altenpflegeberuf aufgewertet werden und künftig dazu beitragen, die Situation in der Altenhilfe positiv zu beeinflussen (vgl. Riedel 2007, 213 / 233).

Die Hoffnung, dass sich die Ausbildung aufgrund der Gesetzesänderung deutlich verbessert, ist unter Einrichtungsleitungen groß: Diese wünschen sich eine höhere Ausbildungsqualität; gerontopsychiatrische und medizinisch-pflegerische Kenntnisse sollen vermehrt vermittelt werden. Außerdem sollen die Auszubildenden befähigt werden, an Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement mitzuarbeiten (vgl. Hundenborn / Kühn 2003, 10).

Die Kommission »Zukunftswerkstatt Pflegeausbildung« hat organisatorische und inhaltliche Empfehlungen zur Reform der Pflegeausbildung formuliert, die in der Schrift »Pflege neu denken« zusammengefasst dargestellt sind (Robert-Bosch Stiftung 2000). Die Expertenkommission hält eine Umstrukturierung der Ausbildung über eine integrierte hin zu einer generalistischen Ausbildung für erforderlich. So soll die Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflegeausbildung zu einer allgemeinen Pflegeausbildung zusammengefasst werden. Modellprojekte in diese Richtung werden vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt und evaluiert. In einem breit angelegten Modellvorhaben wird die gemeinsame Weiterentwicklung der Altenpflegeausbildung einerseits und der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung bzw. der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung andererseits erprobt. Acht

Modellprojekte in acht Bundesländern führen die Ausbildungen in unterschiedlicher Weise zusammen (www.bmfsfj.de). Mit der Pflegeausbildungsstudie Deutschland (PABiS) wird erstmals bundesweit die Situation der theoretischen und praktischen Ausbildung in den Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege umfassend beleuchtet (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. 2006).

Die neuen Modellprojekte, die Anpassung der Ausbildungsinhalte in der Grundausbildung sowohl der Kranken- und Gesundheitspflege als auch in der Altenpflege sind ein richtungsweisender Schritt in die Zukunft. Allerdings wird eine flächendeckende Durchdringung in die Praxis erst in einigen Jahren spürbar sein. Bis dahin stellt sich jedoch die Frage, welche Auswirkungen die zukünftigen Entwicklungen auf die bereits heute beruflich Pflegenden haben und welche Anpassungsqualifikationen sie benötigen. Die Notwendigkeit einer qualitativ hochwertigen Ausbildung und Qualifizierungsmaßnahmen machen folgende Zahlen deutlich: Bei einer Befragung von 534 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Senioreneinrichtungen gaben nur 14,7 Prozent der Pflegenden an, über genügend Fachwissen für die tägliche Arbeit zu verfügen. Die restlichen Pflegenden gaben an, mehr oder weniger große Lücken zu haben (vgl. Hilbert / Evans 2003, 56).

Der Fragen nach den Anpassungsqualifizierungen wird im Rahmen des Projektes »Pflege 2015: Neue Arbeitsanforderungen und zukünftige Qualifizierungsbedarfe« nachgegangen und Handlungsempfehlungen für die Fort- und Weiterbildung und die Bildungsanbieter formuliert. Damit soll ein Beitrag zur Schaffung innovativer und qualitativvoller Arbeitsplätze in der Pflege erbracht werden.

3 Zielsetzung des Projektes »Pflege 2015«

Angesichts verschiedenster Entwicklungstrends im Pflegesektor ergeben sich neue Aufgabenfelder und Anforderungen für die Beschäftigten in der Pflege. Das Projekt »Pflege 2015« greift hierbei demographische und weitere bedeutende Entwicklungen für den Altenpflegesektor wie z.B. technologische Entwicklungen heraus. Dabei wird die Frage interessant, wie sich das Berufsbild der Altenpflegefachkraft weiterentwickelt und welche Kompetenzen und Qualifikationen für die bereits heute beruflich Pflegenden erforderlich sind. Qualifizierung soll dabei einen Beitrag leisten, die Pflegenden auf die Zukunft vorzubereiten und sie in die Lage zu versetzen, kompetent den Wandel im Pflegesektor nicht nur zu meistern, sondern auch mitzugestalten. Die Diskussionen und Modellprojekte in der Grundausbildung der Pflegekräfte sind ein wichtiger Baustein für einen zukunftsfähigen Weg. Daneben stellt sich jedoch die Frage, wie aktuell auf die sich heute abzeichnenden Entwicklungen reagiert werden kann und welche Anpassungsqualifizierungen die Altenpflegefachkräfte benötigen, die bereits einige Jahre im Beruf stehen. Darauf möchte das Projekt »Pflege 2015« Antwort geben. »Pflege 2015« ist als Kurzstudie von der Hans-Böckler Stiftung und ver.di gefördert und soll den Wissensbedarf, der sich aus den heutigen und abzusehenden zukünftigen Veränderungen ergibt, aufzeigen. Der Fokus der Fragestellung wurde im Rahmen des Projektes auf die stationäre Altenhilfe gelegt. Eine Ausweitung auf den ambulanten Sektor konnte aufgrund der Breite des Themenfeldes nur gestreift werden.

Im Einzelnen werden folgende Ziele verfolgt:

- Identifizierung der Auswirkungen der Entwicklungstrends im stationären Pflegesektor auf die heute beruflich Pflegenden.
- Beschreibung der sich daraus ergebenden neuen Anforderungsprofile für die stationäre Pflege.
- Definition der Kompetenz- und Qualifizierungsbedarfe vor dem Hintergrund der sich verändernden Anforderungsprofile.
- Benennung von Handlungsempfehlungen für die strategische inhaltliche und organisatorische Entwicklung von Angeboten im Rahmen einer Anpassungsqualifizierung für die Fort- und Weiterbildung und die Bildungsanbieter unter Berücksichtigung der in der Branche stark ausgeprägten Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse und des hohen Frauenanteils.

4 Vorgehensweise und Arbeitspakete

Um die Projektziele zu erreichen, wurden folgende Arbeitspakete (AP) erarbeitet:

- AP 1: Identifikation und Beschreibung von Entwicklungs- und Innovationsfelder in der Pflege
- AP 2: Ermittlung der Anforderungsprofile und Qualifizierungsbedarfe
- AP 3: Ableitung von Handlungsempfehlungen für die Entwicklung entsprechender Anpassungsqualifizierungen

4.1 AP 1: Identifikation und Beschreibung von Entwicklungs- und Innovationsfelder in der Pflege

Ziel dieses Arbeitspaket war es, einen Überblick zu Entwicklungstendenzen und Innovationsfeldern im Pflegesektor zu geben und in einem Thesenpapier aufzuzeigen.

Auf der Basis von:

- Literaturrecherchen
- den Projekten und Diskussionen im Rahmen der strategischen Partnerschaft »InCareNet«. Entwicklungspartnerschaft Netzwerk Pflege und Integrierte Versorgung im Rahmen von EQUAL
- Empfehlungen und Diskussionen im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)
- Ergebnissen des am Fraunhofer Instituts für Arbeitswirtschaft und Organisation (IAO) durchgeführten Verbundforschungsprojektes »Pflege 2020«

wurde ein Thesenpapier erstellt, das richtungsweisende Projekte, Erfahrungen und Trends bündelt.

4.2 AP 2: Ermittlung der Anforderungsprofile und Qualifizierungsbedarfe

Ziel dieses Arbeitspaketes war es, die Auswirkungen der in Arbeitspaket 1 identifizierten Entwicklungstendenzen und Innovationsfelder auf die Arbeit der Altenpflegefachkräfte zu identifizieren und zukünftige Kompetenz- und Qualifizierungsbedarfe festzulegen. Erreicht wurde dieses Ziel durch einen Methodemix aus

- einem Workshop mit Expertinnen und Experten von Forschungseinrichtungen sowie Bildungs- und Altenhilfeträgern
- einem Workshop mit Expertinnen und Experten aus der Altenhilfepraxis
- acht Interviews mit Führungskräften und berufserfahrenen Altenpflegerinnen bzw. Altenpfleger,
- der Analyse des in AP 1 erarbeiteten Thesenpapiers.

Die Anforderungsprofile für die Pflege der Zukunft und die Kompetenz- und Qualifizierungsbedarfe wurden in einer Power-Point Präsentation festgehalten.

4.3 AP 3: Ableitung von Handlungsempfehlungen für die Entwicklung entsprechender Anpassungsqualifizierungen

Ziel dieses Arbeitspaketes war es, für die Fort- und Weiterbildung sowie Bildungsanbieter in der Pflege Hinweise für die strategische Weiterentwicklung ihrer Bildungsangebote zu benennen.

Dazu wurden aus den in den ersten beiden Arbeitspaketen gewonnenen Ergebnissen und Erkenntnissen Anpassungsqualifizierungen identifiziert und zentrale Handlungsempfehlungen formuliert. Dabei wurden der hohe Frauenanteil und der hohe Anteil an Teilzeitbeschäftigungen in der Altenpflege berücksichtigt. Die erarbeiteten Kompetenzen und Qualifizierungsbedarfe wurden im Rahmen eines Evaluationsworkshops mit Experten aus der beruflichen Praxis sowie von Bildungs- und Forschungseinrichtungen diskutiert und im Anschluss beispielhaft anhand von vier Maßnahmen für eine Anpassungsqualifizierung konkretisiert.

Der Aufbau der Arbeit spiegelt den Projektverlauf und den Projektinhalt wider. In Kapitel 4 sind die Entwicklungs- und Innovationsfelder in der Pflege anhand eines Thesenpapiers beschrieben und erste Überlegungen für die Themenfelder einer Anpassungsqualifizierung dargestellt.

In Kapitel 5 sind Vorgehensweise und Ergebnisse der Workshops mit den Expertinnen und Experten und den Praktikerinnen und Praktikern, der Interviews sowie des Evaluationsworkshops beschrieben.

In Kapitel 6 werden Handlungsempfehlungen gegeben und im Rahmen eines Ausblicks künftige Entwicklungen im Bildungssektor beschrieben, beispielsweise den Europäischen Qualifikationsrahmen.

5 Thesenpapier

Die Arbeitswelt unterliegt einem ständigen Wandel. Vor allem das Gesundheitswesen befindet sich in einem Prozess der Veränderung, der auch die professionelle Pflege vor große Herausforderungen stellt. »Die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft ist aufgrund einer zunehmenden Verlagerung der Finanzierung vom öffentlichen und halb-öffentlichen in den privaten Bereich auf die Entwicklung attraktiver und marktgängiger Dienstleistungsangebote und ihre Refinanzierung durch private Mittel angewiesen« (Hilbert 2003, 20). Allerdings sind die Pflegeberufe nicht auf diese Herausforderungen und neue Tätigkeitsfelder eingestellt, so dass neue Kompetenzen und Qualifikationen erforderlich werden.

Im Rahmen dieses Vorhabens wurden Thesen für den Altenhilfesektor der Zukunft aufgestellt. Grundlage für die Thesen bilden Literaturrecherchen und die Ergebnisse der am Fraunhofer Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation (IAO) durchgeführten Trendstudie »Pflege 2020 – Die Zukunft der Altenhilfe«. Im Rahmen des Verbundforschungsprojektes »Pflege 2020« wurden im November und Dezember 2006 alle stationären Einrichtungen (ca. 10.000) und 600 Altenhilfeträger in Deutschland zu den zukünftigen Herausforderungen der Altenhilfe und ihren strategischen Projekten befragt. Insgesamt sind beim Fraunhofer IAO 1.505 Fragebogen eingegangen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 13,5 Prozent.

Im Folgenden werden die Thesen aufgeführt.

5.1 Entwicklungstrends bezüglich der Bewohnerinnen und Bewohner

These 1: Die soziodemographische Entwicklung führt zur Zunahme an Hilfe- und Pflegebedürftigen und zu veränderten Bedarfen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner

2005 lebten in Deutschland 82,4 Millionen Menschen. Nach Prognosen des Statistischen Bundesamtes wird diese Zahl bis im Jahr 2050 auf 68,7 bis 79,5 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner zurückgehen. Die Zahl der über 80jährigen wird von 4 Millionen (2005) auf etwa 10 bis 11,7 Millionen im Jahre 2050 ansteigen (vgl. Statistisches Bundesamt 2006, 43).

Nach Angaben des statistischen Bundesamtes wird auch die Lebenserwartung zunehmen: In den Jahren 2002 / 2004 geborene Jungen konnten davon ausgehen, 75,9 Jahre alt zu werden; im Jahr 2050 wird deren Lebenserwartung –

je nach zugrunde liegender Annahme - auf 83,5 bzw. 85,4 Jahre ansteigen. Bei den Frauen betrug die Lebenserwartung in den Jahren 2002 / 2004 81,5 Jahre. Im Jahr 2050 kann davon ausgegangen werden, dass Frauen 88 bzw. 89,4 Jahre alt werden (vgl. Statistisches Bundesamt 2006, 12 f.).

Mit zunehmendem Alter nimmt auch der Anteil der allein lebenden Menschen zu. Im Jahr 2000 waren 44 Prozent der Privathaushalte der 65 bis 70-Jährigen Einpersonen-Haushalte. Dieser Trend wird sich angesichts steigender Scheidungsraten, Einelternfamilien und der Zahl von dauerhaft bewusst Alleinlebenden auch künftig fortsetzen (vgl. Cirkel u. a. 2004, 8).

Alter ist zwar nicht zwangsläufig mit Pflegebedürftigkeit verbunden, dennoch ist ein Teil der Bevölkerung speziell im höheren Alter auf Hilfe, Unterstützung und Pflege angewiesen. Während bei den 70 bis unter 75-jährigen »nur« fünf Prozent pflegebedürftig waren, waren es bei den 90 bis unter 95-Jährigen 61 Prozent (vgl. Statistisches Bundesamt 2007, 5). Nach aktueller Pflegestatistik waren im Dezember 2005 2,13 Millionen Menschen im Sinne des SGB XI pflegebedürftig. Dies entspricht einer Zunahme um 52.000 seit 2003 bzw. 108.500 Pflegebedürftige seit 1999. Mit dem Gesamtanstieg der Pflegebedürftigen stieg auch die Zahl der in stationären Einrichtungen versorgten Pflegebedürftigen an: 2005 wurden 676.600 Menschen in Heimen versorgt, 1999 waren dies etwa 573.200 (Abb. 1).

Mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen wurden 2005 zu Hause versorgt (1,45 Millionen). Diese Zahl blieb seit 1999 in etwa konstant. Jedoch veränderte sich die Versorgung der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen von einer Versorgung durch Angehörige zugunsten der ambulanten Pflegedienste (Abb. 2): Im Jahr 1999 wurden etwa 415.300 Pflegebedürftige von ambulanten Diensten versorgt, sechs Jahre später waren es etwa 471.500 (Zunahme um 13 Prozent). Etwa 1,03 Millionen Pflegebedürftige wurden 1999 von Angehörigen versorgt; im Jahr 2005 lag diese Zahl bei 980.400. Dies entspricht einer Abnahme um 4,8 Prozent (vgl. Statistisches Bundesamt 2007, 4 / Statistisches Bundesamt 2005, 23). Damit weisen die Daten einen Trend hin zur professionellen Pflege aus. Für die große Zahl von Pflegebedürftigen werden eine bedarfsgerechte Pflegeinfrastruktur und gut qualifiziertes Personal zur Verfügung stehen müssen.

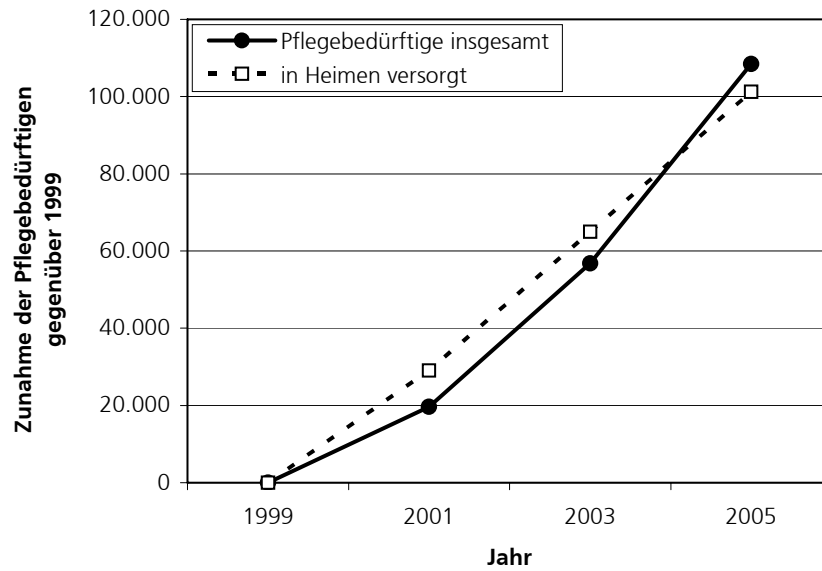


Abbildung 1: Anstieg der Gesamtpflegebedürftigen bzw. der in Heimen versorgten seit 1999, eigene Darstellung (vgl. Statistisches Bundesamt 2007, 4 und Statistisches Bundesamt 2005, 23)

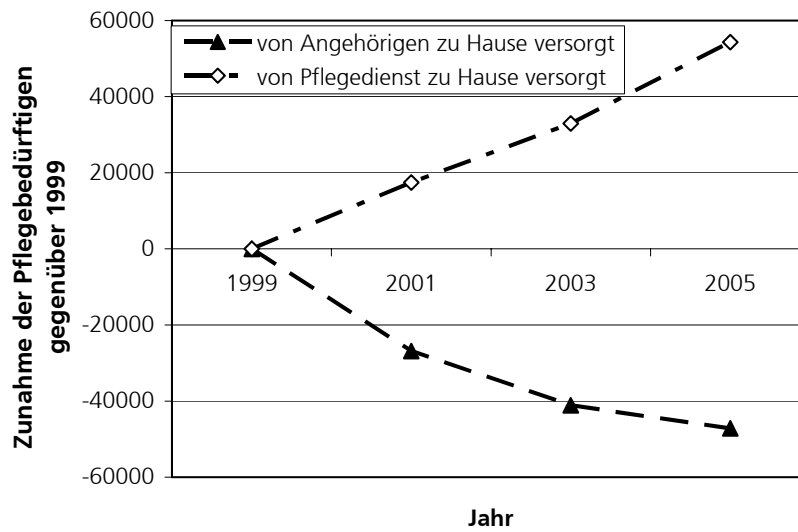


Abbildung 2: Versorgung der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen seit 1999, eigene Darstellung (vgl. Statistisches Bundesamt 2007, 4 und Statistisches Bundesamt 2005, 23).

Zunahme Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund

In den nächsten Jahren werden sich Pflegeeinrichtungen darauf einstellen müssen, verstärkt Menschen mit Migrationshintergrund zu versorgen. Im Jahr 2003 gab es 650.000 Personen mit Migrationshintergrund über 60 Jahren, bis zum Jahr 2010 wird diese Zahl auf 1,3 Millionen ansteigen. Bis zum Jahr 2030 soll sich die Zahl der über 60jährigen Migrantinnen und Migranten auf 2,8 Millionen erhöhen (Abb. 3) (vgl. Waldenburg-Zeil 2003, 4).

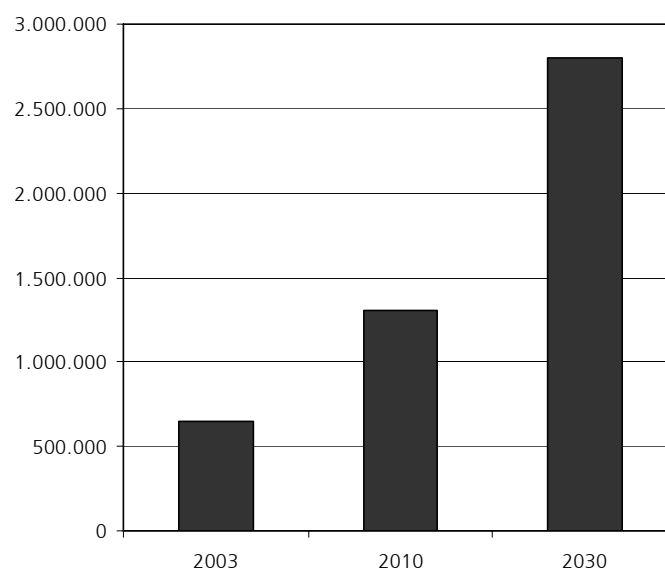


Abbildung 3: Entwicklung der Migrantinnen und Migranten über 60 Jahren bis zum Jahr 2030, (vgl. Waldenburg-Zeil 2003, 4)

Brandenburg beschreibt die Migrant*innenpopulation als eine »sehr heterogene Gruppe (...), die in Abhängigkeit vom kulturellen Hintergrund und dem sozialen Status unterschiedliche Problemlagen aufweist« (Brandenburg 2002, 32). Eine kultursensible Pflege muss diese Heterogenität beachten.

Um diese Herausforderung anzugehen, werden bereits Ansätze entwickelt: Beispielsweise versorgt das multikulturelle Pflegeheim »Haus Am Sandberg« in Duisburg-Homberg 97 Seniorinnen und Senioren aus der Türkei, Tunesien, Holland, Russland und Deutschland. In der Mehrzahl sind es Muslime, auf deren Bedürfnisse in verschiedener Weise individuell eingegangen wird: So gibt es in der Anlage eine Moschee, Fasten im Ramadan wird ermöglicht und die Mahlzeiten werden »helal« zubereitet. Zudem werden bestimmte Rituale und Gewohnheiten bei der Körperpflege oder im Todesfall berücksichtigt (vgl. Struchtemeier 2006, 990).

Entwicklung der Krankheitsbilder im Alter

Im Rahmen der Trendstudie »Pfleger 2020« wurden die stationären Einrichtungen und Träger nach der ihrer Meinung nach größten Herausforderungen für die Zukunft befragt. Neben dem zunehmenden Kostendruck und den zu erwartenden Gesetzesänderungen waren es vor allem die Zunahme von Bewohnerinnen und Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Störungen (66,4%) und die Zunahme von schwerstpflegebedürftigen multimorbiden Personen (59,2%), die als große bzw. sehr große Herausforderung benannt wurden (vgl. Fraunhofer IAO, 2007)

Etwa ein Viertel der über 65-Jährigen leidet an einer psychischen Störung. Dabei sind verschiedene Formen der Demenz und der Depression die häufigsten Erkrankungen. Nach der Berliner Altersstudie leiden 13,9 Prozent der 70- bis 100-jährigen an einer Demenz und 9,1 Prozent an Depressionen (vgl. RKI 2005a, 20).

Momentan leiden etwa 900.000 bis 1,2 Millionen Menschen über 65 Jahren an einer Demenz. Die häufigste Form ist hierbei die Alzheimer Demenz mit 60 Prozent. Am zweithäufigsten ist die vaskuläre Demenz mit zehn bis 20 Prozent, Mischformen weisen ca. 20 Prozent der Betroffenen auf (vgl. RKI 2005a, 20). Künftig wird die Zahl der von Demenz Betroffenen noch zunehmen, da die Prävalenz der Erkrankung mit zunehmendem Alter steigt: Die Prävalenz der Demenz lag 2005 bei den 65 bis 69-jährigen bei etwa 1,5 Prozent und verdoppelt sich etwa im Abstand von fünf Altersjahren. Nach einer Metaanalyse steigt die altersspezifische Prävalenz von Demenzerkrankungen bei 95-Jährigen und Älteren, je nach Analyse auf 34,7 Prozent bis 44,8 Prozent an (vgl. Bickel in RKI 2005b, 12). Das Robert-Koch-Institut (RKI) geht von 200.000 Neuerkrankungen jährlich aus. Die Demenz ist zudem ein bedeutender Grund für eine Heimaufnahme: nach statistischen Angaben leiden 60 Prozent der Heimbewohnerinnen und -bewohner unter einer Demenz (vgl. RKI 2005b, 7).

Auch die Altersdepression darf nicht unterschätzt werden. Es wird von einer Inzidenz von 15 bis 20 Prozent bei den über 65-jährigen ausgegangen. Bei Menschen mit körperlichen Erkrankungen und Behinderungen ist die Häufigkeit von Depressionen um das Dreifache erhöht. Unter anderem aus diesem Grund ist das Vorkommen von Depressionen in Heimen häufiger als bei Menschen, die zu Hause leben. Es wird davon ausgegangen, dass in stationären Einrichtungen der Altenhilfe annähernd 30 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner an depressiven Erscheinungen leiden (vgl. Müller u. a. in Brandenburg / Huneke 2006, 410).

Zudem werden zukünftig mehr Menschen mit chronischen Erkrankungen und Multimorbidität zu versorgen sein: Nach Angaben des RKIs haben 96 Prozent der 70-Jährigen und Älteren mindestens eine internistische, neurologische oder

orthopädische behandlungsbedürftige Krankheit. 30 Prozent der über 70-Jährigen haben fünf oder mehr Krankheiten. Im Vordergrund stehen dabei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechsel-, Muskel- und Skeletterkrankungen sowie bösartige Neubildungen (vgl. RKI 2005a, 16).

Im Zusammenhang mit Multimorbidität und chronischen Erkrankungen im Alter werden zwei Thesen vertreten: Vertreterinnen und Vertreter der Medikalisierungsthese gehen davon aus, dass die Morbidität im höheren Alter stark zunimmt, da es der kurativen Medizin immer besser gelingt, die mit chronischen Krankheiten einhergehenden Komplikationen in den Griff zu bekommen. Somit verlangsamt sich der Krankheitsverlauf. Die Mortalität sinkt bei der Gesamtbevölkerung, jedoch steigt die Morbidität. Aufgrund dessen fallen mehr Leistungen an und dadurch auch mehr Ausgaben im Gesundheitswesen (vgl. Rieser 2002, A-220 / B-174 / C-176).

Vertreterinnen und Vertreter der Kompressionsthese (compressed-morbidity-Modell) gehen davon aus, dass der allgemeine soziale und medizinische Fortschritt und auch die gestiegene individuelle Sensibilität hinsichtlich gesundheitlicher Belange in der Bevölkerung den Gesundheitszustand in den gewonnenen Lebensjahren soweit verbessert hat, dass diese weitgehend beschwerdefrei erlebt werden. Kurz vor dem Tod treten dann lebensbedrohliche und gravierende Krankheitsereignisse ein (vgl. Schwartz 2003 in Bundesministerium für Bildung und Forschung 2005, 624).

Unabhängig davon, welche These die Realität widerspiegelt, werden aufgrund der demographischen Entwicklung zunehmend kranke ältere Menschen zu versorgen sein. Die umfassende adäquate Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen und multimorbiden Krankheitszuständen wird eine große Herausforderung der Zukunft sein. Darüber hinaus müssen die Themen Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation einen größeren Stellenwert bei der Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner einnehmen.

Bewohnerinnen und Bewohner mit unterschiedlichen Pflege- und Unterstützungsbedarfen

Weitere Anforderungen für das Pflegepersonal durch das veränderte Klientel lassen sich bei Betrachtung der Aufenthaltsdauer in den Pflegeeinrichtungen feststellen: Im Durchschnitt lebt eine Bewohnerin bzw. ein Bewohner 3,4 Jahre (2005) in einer Einrichtung. Bei genauerer Betrachtung ergibt sich ein differenzierteres Bild: 29 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner waren nicht länger als ein Jahr in der Pflegeeinrichtung, jedoch 16 Prozent zwischen fünf und zehn Jahren, sieben Prozent sogar mehr als zehn Jahre. Daraus ergeben sich gegensätzliche Anforderungen, die in den Einrichtungen aufeinander treffen: einerseits müssen Lebensansprüche berücksichtigt und Maßnahmen durchge-

führt werden, die den Bewohnerinnen bzw. den Bewohnern ermöglichen, möglichst lange ihre Selbstständigkeit zu bewahren, andererseits wird eine intensive pflegerische Versorgung benötigt, die ein würdevolles Sterben ermöglicht (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006, 16 ff.).

Dass Qualifizierungsbedarfe im Bereich Palliative Care bestehen, ist eines der Ergebnisse des Forschungsprojekts LIMITS in Münster. Dieses Projekt hatte zum Ziel, Anliegen und Probleme aufzuzeigen, die im Hinblick auf die Selbstbestimmung von Menschen an ihrem Lebensende entstehen. Die Betrachtung erfolgte aus der Perspektive von älteren Menschen, Angehörigen und professionellen Helferinnen und Helfern mittels Experteninterviews und Fragebögen. Pflegekräfte bemängelten im Zusammenhang mit der Betreuung von sterbenden Bewohnerinnen und Bewohnern vor allem den Zeit- und Fachkräftemangel, der ihnen eine adäquate Versorgung nur eingeschränkt ermöglicht. Zudem sind ethische und juristische Unsicherheiten Pflegenden vorhanden, beispielsweise bei Problemen bezüglich der Ernährung. Genannte Faktoren führten zu häufigen Krankenhauseinweisungen Sterbender, insbesondere an Tagen, an denen Ärzte nicht erreichbar sind. Hier sind Kenntnisse in Palliative Care noch zu wenig in den Arbeitsalltag integriert (vgl. Schulze 2005, 122 ff.).

Mögliche Anpassungsqualifizierung:

Fachkompetenz:

- Gerontopsychiatrische Kenntnisse
- Behandlungspflege
- Krankheitslehre
- Neue Therapien
- Prävention, aktivierende Pflege, Rehabilitation
- Palliative Care
- Juristische Kenntnisse für Palliative Care

Soziale Kompetenz:

- Beratung und Anleitung der Bewohnerinnen und Bewohner
- Kultursensible Pflege
- Kommunikationskompetenz

Personale Kompetenz / Selbstkompetenz:

- Berufsethik / ethisch-moralische Kompetenzen
- Selbstreflexion und Trainings für Notsituationen

Methodenkompetenz:

- Pflegediagnostik
- Assessmentverfahren

5.2 Entwicklungstrends bezüglich der Personalstruktur in der Pflege

These 2: Personalmangel, Änderungen in der Versorgungsstruktur sowie die Zusammensetzung der Pflegeteams beeinflussen die künftigen Tätigkeiten der Altenpflegefachkräfte

Personelle Engpässe bei der Versorgung der Pflegebedürftigen

Im Jahr 2005 gab es in Deutschland 10.424 nach SGB XI zugelassene voll- bzw. teilstationäre Pflegeheime, was gegenüber dem Jahr 1999 eine Zunahme um 15 Prozent bzw. 1.565 Heime bedeutet. In diesen Einrichtungen arbeiteten 2005 insgesamt 546.397 Menschen, die Mehrzahl davon (85 %) war weiblich. Dies entspricht einer Zunahme seit 1999 um 19,3 Prozent bzw. 105.457 Personen. Es kann deshalb jedoch nicht von einer Entspannung bei der Personalsituation ausgegangen werden, da die Zahl der Vollzeit-Beschäftigten seit dem Jahr 2001 gesunken ist: 2005 arbeiteten lediglich 38,1 Prozent der Beschäftigten Vollzeit, im Jahr 2001 waren es noch 46 Prozent. Bei den Teilzeit-Beschäftigten ist eine Zunahme zu verzeichnen: Im Jahr 2005 arbeiteten 54 Prozent der Beschäftigten in Teilzeit, vier Jahre zuvor waren es noch 47,3 Prozent. (Abb. 4)

Bei den ambulanten Diensten stellt sich die Situation folgendermaßen dar: Im Jahr 2005 gab es 10.977 ambulante Dienste (Zunahme um 3,4 Prozent seit 2003). Hier arbeiteten 214.307 Menschen, die Mehrzahl war davon mit 88 Prozent weiblich. Auch hier ist die Zahl der Vollzeitkräfte rückläufig: 2005 waren 26 Prozent der Beschäftigten in Vollzeit beschäftigt, im Jahr 1999 waren es noch 31 Prozent. Die Zahl der Teilzeit-Beschäftigten stieg von 63,7 Prozent (1999) auf 70,5 Prozent (2005) (vgl. Statistisches Bundesamt 2007, 26).

Das heißt, es arbeitet lediglich eine Minderheit der Pflegekräfte auf Vollzeitarbeitsplätzen. Diese Beschäftigtenstruktur hat Auswirkungen auf die Arbeitsorganisation und auf die strukturelle Gestaltung von Qualifizierungsmaßnahmen.

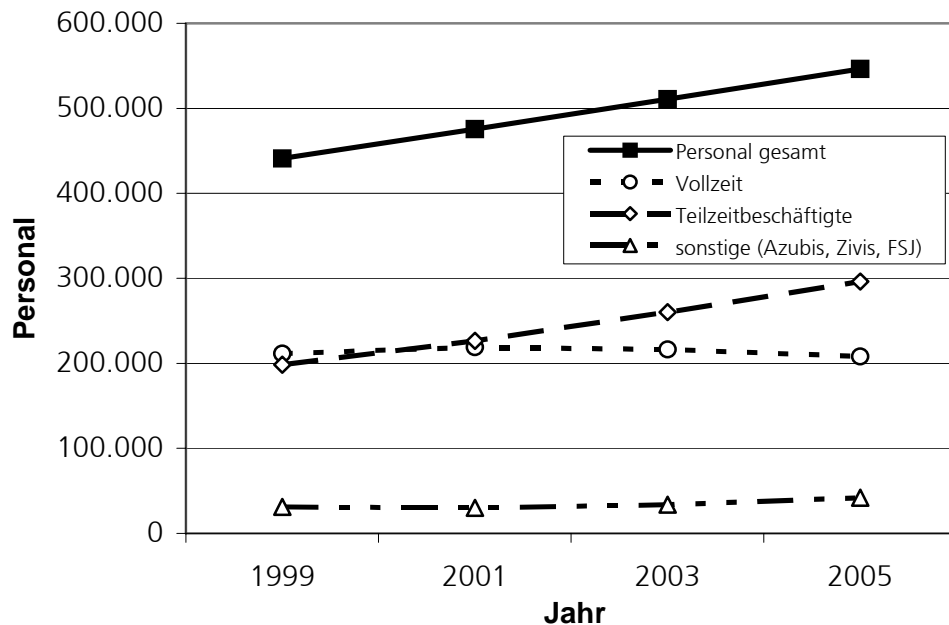


Abbildung 4: Personalsituation in stationären Pflegeeinrichtungen, eigene Darstellung (vgl. Statistisches Bundesamt 2007, 26)

Künftig wird sich der Bedarf an Pflegekräften noch erhöhen: Im Jahr 2040 ist mit einem zusätzlichen Bedarf von 170.000 Pflegekräften zu rechnen, wenn das Versorgungsniveau vom Jahr 2000 erhalten werden soll (vgl. Voges 2002, 64). Diese Prognose bezieht sich allerdings nur auf den Versorgungsbedarf, der aus der Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsgesetz resultiert. Bei Miteinberechnung von Pflege und Hilfe, die nicht auf Dauer benötigt wird, wird mit einem Mehrbedarf von 80.000 Pflegepersonen bereits im Jahr 2010 gerechnet (vgl. Robert-Bosch-Stiftung 2001, 129).

Schnabel geht sogar davon aus, dass die Beschäftigtenzahlen im Pflegesektor – je nach Szenario - jährlich um drei Prozent ansteigen. Im Jahr 2005 waren von 100 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten 2,1 im Pflegesektor angestellt. Für das Jahr 2020 ist ein Anstieg auf 3,5 Prozent vorausberechnet und für das Jahr 2050 wird erwartet, dass 9,4 Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Pflegesektor arbeiten (vgl. Schnabel 2007, 21).

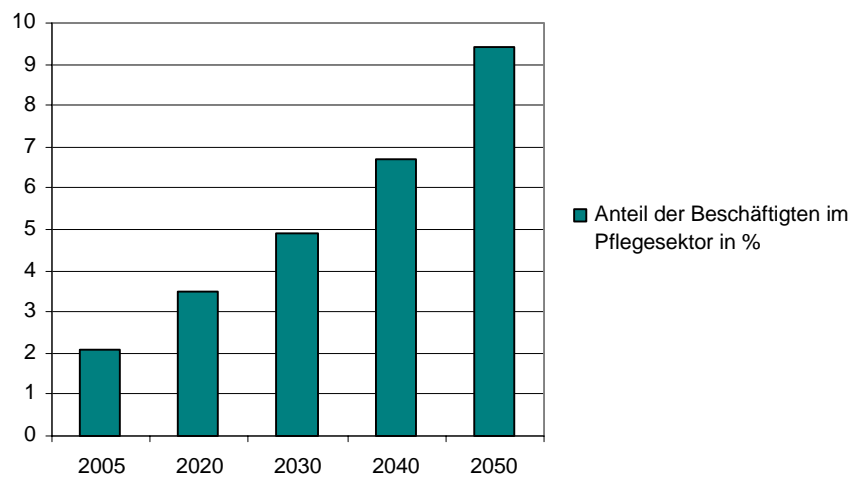


Abbildung 5: Ausblick Beschäftigte im Pflegesektor (vgl. Schnabel 2007, 21)

Die Ausbildungszahlen haben sich in den letzten Jahren je nach Bundesland unterschiedlich entwickelt. Die Ausbildungszahlen von Nordrhein-Westfalen in der Altenpflege zeigen, dass zwischen 1999 und 2002 die Absolventinnen und Absolventen um acht Prozent abnahmen (vgl. von Bandemer / Evans 2004, 3). Gesunken sind die Ausbildungszahlen darüber hinaus in Bayern, Berlin, im Saarland und in Sachsen-Anhalt. Zugenommen hat die Zahl der Ausbildungsverhältnisse in der Altenpflege in Baden-Württemberg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Thüringen (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2006, 12).

Nach Informationen des Statistischen Bundesamtes befanden sich im Schuljahr 2003/2004 insgesamt 45.638 Schülerinnen und Schüler in der Altenpflegeausbildung. Dies bedeutet gegenüber dem Schuljahr 2002/2003 mit 42.216 Schülerinnen und Schülern eine Steigerung um acht Prozent. 2005/2006 waren es nur noch 42.500 Schülerinnen und Schüler, die eine Altenpflegeausbildung absolvierten (vgl. BMFSFJ 2006 in Riedel 2007, 172).

Expertinnen und Experten gehen davon aus, dass es künftig einen Mangel an Pflegekräften geben wird, der durch den demographischen Wandel verschärft wird. Die Ursachen dafür sind vielfältig:

- Ein Grund sind unter anderem die schwachen Geburtenjahrgänge (vgl. Hilbert / Evans 2003, 11). Gravierend wird die Situation, wenn die geburtenstarken Jahrgänge um 2015 bis 2020 aus dem Erwerbsleben aussteigen (vgl. Hasseler / Görres 2005, 41).

- Unattraktive Arbeitsbedingungen, die im Gesundheitssektor vorzufinden sind: niedrige Vergütungen, geringe Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten, unflexible Arbeitszeiten bei hoher Teilzeitquote in stark hierarchisch angelegten Organisationsstrukturen und schwieriger Vereinbarkeit von Familie und Beruf (vgl. Hilbert / Evans 2003, 11).

Pflegekräfte sind häufig psychischen und körperlichen Belastungen ausgesetzt: Psychosomatische Erkrankungen, insbesondere Rücken-, Schulter- und Nackenschmerzen kommen bei Pflegekräften in der Altenhilfe um 44,3 Prozent häufiger vor, als bei der restlichen berufstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik. Der psychische Gesundheitszustand ist um zwölf Prozent schlechter als bei der Vergleichsbevölkerung. Auch physische Erkrankungen kommen bei Altenpflegerinnen und Altenpflegern um 3,7 Prozent häufiger vor (vgl. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) / Deutsche Angestellten Krankenkasse 2003, 7 f.).

Aber auch eine große Zahl von Pflegekräften, die derzeit tätig sind, denkt darüber nach, den Beruf zu verlassen: Etwa 45 Prozent der Pflegenden in Altenheimen denken nach der Nurses Early exit study (NEXT-Studie), die in Deutschland von der Universität Witten-Herdecke durchgeführt wurde, einige Male im Jahr oder häufiger im Jahr daran, den Beruf zu verlassen. Finanzielle Gründe hindern sie jedoch daran (vgl. Büscher u. a. 2005, 51).

Zukünftig wird es darum gehen, den Beruf attraktiv zu gestalten und neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu finden. Eine gesundheitsförderliche Arbeitgestaltung und Anpassungsqualifizierungen können helfen, ältere oder körperlich stark belastete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch ein weniger belastendes Tätigkeitsspektrum im Beruf zu halten.

Zahlreiche Pflegekräfte haben einen Migrationshintergrund

Nicht nur bei den Bewohnerinnen und Bewohnern ist Migration ein Einflussfaktor auf die Altenpflege, sondern auch beim Pflegepersonal. Genaue Daten der Berufsstatistik liegen zwar nicht vor, jedoch wurde vom Deutschen Institut für Erwachsenenbildung 2005 in 97 stationären Altenhilfeeinrichtungen und 16 ambulanten Pflegediensten eine Befragung durchgeführt. In den Einrichtungen waren insgesamt 5.495 Pflegekräfte beschäftigt, 1.647 Mitarbeiter davon hatten einen Migrationshintergrund (30 %). Bei der gleichen Befragung stellte sich heraus, dass die Einrichtungsleitungen vor allem in den Bereichen deutsche Sprache, Fachsprache und schriftliche Dokumentation Qualifikationsbedarfe bei diesen Mitarbeitern sehen (vgl. Friebe 2006, 11).

Zunehmender Einsatz von Ehrenamtlichen

Die Einbindung von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern wird an Bedeutung gewinnen. Es besteht eine Bereitschaft in der Bevölkerung, ehrenamtliche Pflegetätigkeiten zu übernehmen. Bei einer Befragung des Instituts für Demoskopie Allensbach gaben 53 Prozent der Befragten an, Hilfe- und Pflegetätigkeiten auch außerhalb der Familie übernehmen zu wollen (vgl. Haumann / Noelle-Neumann 2001, 20). Es muss jedoch von den Einrichtungen die richtige Balance gefunden werden, in welchen Bereichen professionelle Leistungen oder Leistungen durch informelle Netzwerke oder Ehrenamtliche indiziert sind, um Qualitätsverschlechterungen, Versorgungsdefizite und Überforderungen der Hilfeleistenden zu verhindern (Backes u. a. 2000 in Hasseler / Görres 2005, 38). Wenn Ehrenamtliche gezielt und begründet eingesetzt werden, kann dies ein Qualitätsmerkmal der Einrichtung sein. Hierbei ist es von großer Bedeutung, auf die Wünsche und Motivation der Ehrenamtlichen einzugehen sowie ein positives Umfeld zu schaffen. Dies bedeutet, die Freiwilligen sinnvoll einzusetzen, zu motivieren und dadurch auch dauerhaft zu halten (vgl. Overmann 2007, 358). Hierbei ist es von großer Bedeutung, dass auch das Personal in den stationären Einrichtungen entsprechend mit Ehrenamtlichen umgeht und weiß, für welche Tätigkeiten diese eingesetzt werden können.

Zunehmender Personalmix in Einrichtungen der stationären Altenhilfe

In der Altenhilfe gibt es zum einen eine Tendenz zur Spezialisierung und Professionalisierung der in der Pflege Tätigen, zum anderen wird entprofessionalisiert, in dem Laien in ein paar Monaten zur Betreuung Pflegebedürftiger befähigt werden.

Im Rahmen der Trendstudie »Pflege 2020« hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit zu formulierten Thesen ihre Einschätzung zur Realisierungswahrscheinlichkeit abzugeben. 38,2 Prozent der Befragten gehen davon aus, dass im Laufe der nächsten fünf Jahre ein stärkerer Personalmix aus akademischen Pflegekräften, Pflegefachkräften, ungelernten Kräften und Ehrenamtlichen eingesetzt wird. Weitere 26,1 Prozent sehen diese Entwicklung in 10 Jahren gegeben. 50,3 Prozent der Befragten gehen davon aus, dass bis in 5 Jahren die Grundpflege ausschließlich durch Hilfskräfte durchgeführt wird. Die Pflegefachkraft führt demnach Behandlungspflege durch, plant die Pflege und hat die Qualitätsverantwortung. 63,6 Prozent der Befragten sehen, dass die Bedeutung des Niedriglohnssektors in der Pflege stark ansteigen wird.

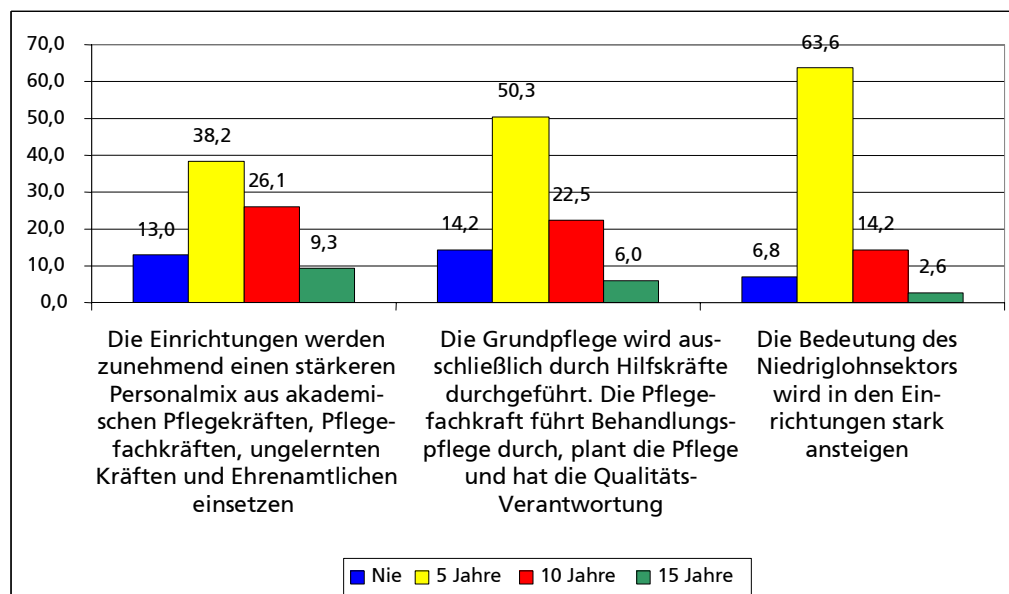


Abbildung 6: Trendstudie »Pflege 2020«, 2007

Gründe für die Einschätzung der Befragten liegen u.a. in der Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte und der neuen konzeptionellen Ausrichtungen der Einrichtungen der Altenhilfe mit einem Fokus auf die Lebensweltorientierung. Häufig übernehmen qualifizierte bzw. unqualifizierte Hilfskräfte in solchen Versorgungssettings die Funktion der Alltagsbegleiter. Bei der Trendbefragung »Pflege 2020« des Fraunhofer IAO gaben 37 Prozent der befragten Einrichtungen und Träger an, zur Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner Hilfskräfte einzusetzen. Ein weiterer Ausbau dieser Stellen ist von 24 Prozent der Einrichtungen bis 2010 geplant. (Fraunhofer IAO, 2007).

Die Mediana-Akademie in Fulda bietet im Rahmen der Initiative »Perspektive 50plus« des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales einen Lehrgang zum Alltagsbegleiter für ältere Langzeitarbeitslose an. In der drei Monate (422 Stunden) dauernden Qualifizierung sollen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer insbesondere dazu befähigt werden, Hilfe- und Pflegebedürftigen eine niedrigschwellige Betreuung anzubieten, beispielsweise ältere Menschen zu Ärzten oder Behörden zu begleiten. Eingesetzt werden können die Absolventinnen und Absolventen in allen Bereichen, insbesondere aber im ambulanten Sektor (vgl. Mediana Akademie 2008, 1).

Auch in Baden-Württemberg gibt es seit April 2007 eine 120-stündige Qualifizierung zur Alltagsbegleiterin bzw. zum Alltagsbegleiter von der Samariterstiftung. Die hier ausgebildeten Alltagsbegleiter sollen zur Betreuung der älteren Menschen in Hausgemeinschaften eingesetzt werden. Für diesen Lehrgang wird keinerlei spezielle Vorbildung benötigt, jedoch sind Lebenserfahrung und soziale Kompetenz gewünscht. Der Lehrgang schließt mit einer Zertifikat der

Industrie und Handelskammer ab (vgl. Industrie und Handelskammer Reutlingen 2007, 1).

Eine ähnliche Qualifizierung – allerdings auf Menschen mit Demenz abgestimmt - wird vom Weiterbildungsinstitut »Innovative Qualifikation in der Altenpflege« in Bad Arolsen angeboten. Die Absolventen der Weiterbildung zur Alltagsbegleiterin bzw. zum Alltagsbegleiter für Menschen mit Demenz sollen die Betreuung Dementer im stationären, teilstationären und ambulanten Sektor intensivieren. Mitarbeiter im Pflegebereich sollen dadurch eine Entlastung in ihren täglichen Aufgaben gewinnen. Diese Ausbildung umfasst 504 Unterrichtsstunden auf sieben Monate verteilt (vgl. Hoffmann 2006, 20).

Auf der anderen Seite ist eine verstärkte Professionalisierung durch die Akademisierung und durch die Einführung einer bundeseinheitlichen Ausbildung festzustellen. Die Akademisierung der Pflege wird seit 1991 forciert. Im Jahr 2005 gab es an mehr als 30 Hochschulen insgesamt fast 50 Studiengänge, in denen – je nach inhaltlicher Schwerpunktsetzung – Lehr- und Leitungskräfte, Wissenschaftler sowie generalistische Experten für das Berufsfeld Pflege und Gesundheit ausgebildet werden. Dafür gibt es verschiedene Gründe: Zum einen die Erkenntnis, dass die gewandelten und steigenden Anforderungen in der professionellen Pflege eine Ausdehnung pflegespezifischer Qualifikationsmöglichkeiten erfordert. Zum anderen sollte ein Anschluss an internationale Bildungsstandards in der Pflege gefunden werden und eine Angleichung an die Qualifikationsrealität anderer Berufsgruppen erfolgen. Zudem soll der Akademisierungsprozess dazu beitragen, dass die Attraktivität und das Ansehen des Berufes erhöht und das pflegerische Versorgungsgeschehen optimiert wird. Unter diesem Aspekt sollen neue Aufgabengebiete in der Pflege entwickelt werden (vgl. Winter 2005, 11).

Der zunehmende Personalmix in den Einrichtungen stellt neue Anforderungen an die Kooperationsfähigkeit der Beschäftigten.

Mögliche Anpassungsqualifizierung:

Fachkompetenz:

- Prävention und Gesundheitsförderung für Pflegekräfte, Gesundheitsgerechtes Arbeiten (z. B. Kinästhetik)
- Fachsprache, schriftliche Dokumentation für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund

Methodenkompetenz:

- Zeitmanagement
- Planungs- und Steuerungskompetenzen
- Organisations- und Prozesswissen

Soziale Kompetenz:

- Delegieren, überprüfen
- Anleitungs- und Beratungskompetenzen
- Konfliktmanagement
- Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit
- Teamfähigkeit

Personale Kompetenz / Selbstkompetenz:

- Stressbewältigung
- Work-Life-Balance
- Kooperationsbereitschaft

5.3 Entwicklungstrends bezüglich neuer Wohn- und Versorgungsformen

These 3: Aufgrund zunehmenden Wettbewerbs werden kundenorientierte und individuelle Konzepte zur Versorgung Pflegebedürftiger einen großen Stellenwert bekommen. Es werden neue Wohnformen entwickelt.

Verstärkte Kundenorientierung aufgrund zunehmenden Wettbewerbs

Seit Einführung der Pflegeversicherung ist ein verändertes Kostenbewusstsein und zunehmender Kostendruck im Gesundheitswesen vorhanden. Auch der Altenpflegemarkt ist nach Ansicht von Expertinnen und Experten von zunehmender Ökonomisierung und einem wachsenden Wettbewerb gekennzeichnet. Es werden auf der Ebene des Gesundheits- und Pflegewesens weiterführende Umstrukturierungen erwartet, unter anderem aufgrund einer veränderten Nachfrage an pflegerischen Leistungen. Deshalb wird empfohlen, die Angebotsgestaltung der Träger verstärkt kundenorientiert auszurichten (vgl. Winter 2005, 261).

Jedoch ist Kundenorientierung derzeit in den wenigsten Einrichtungen ein Thema: Bei einer Umfrage stellte sich heraus, dass nur acht Prozent der Einrichtungen Maßnahmen zur Verbesserung der Kundenorientierung durchführen und elf Prozent planen, dies zu tun (vgl. GIB-NRW Betriebsbefragung 2002 in Hilbert / Evans 2003, 32). Künftig müssen jedoch Spezialisierungen und verschiedene Strategien im Bereich des Qualitätsmanagements an Bedeutung gewinnen, damit sich Einrichtungen auf dem Markt behaupten können (vgl. Winter 2005, 261).

Für die Anbieter im Altenhilfesektor wird es zukünftig darum gehen, Alleinstellungsmerkmale zu entwickeln, neue Versorgungskonzepte zu etablieren und das Leistungsangebot effizient und nachfragegerecht zu gestalten. Die Qualität der Leistungen wird zunehmend zum entscheidenden Wirtschaftsfaktor. Den Blick auf die Qualität und auf das Qualitätsmanagement gilt es in den Einrichtungen auf eine breite Basis zu stellen. Damit kommt den Pflegefachkräften eine besondere Bedeutung für die Qualitätssicherung und Qualitätsmessung zu. In diesem Zusammenhang wird die Erfassung der Ergebnisqualität zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Innovative Möglichkeiten des Lebens und Wohnens im Alter

Befragungen der älteren Menschen ergaben, dass diese den Wunsch haben, auch bei Hilfebedürftigkeit möglichst lange in den eigenen vier Wänden bleiben zu können. Institutionalisierte Wohnformen erfahren nach einer repräsentativen Umfrage der Schaderstiftung eine geringe Akzeptanz, da Selbständigkeit und Selbstbestimmung einen hohen gesellschaftlichen Wert einnehmen und ältere

Menschen allein oder in einer Gemeinschaft selbstbestimmt wohnen möchten, möglichst in Verbindung mit wohnungsnahen und bedarfsgerechten Dienstleistungen (Heinze u. a. 1997). Barrierefreies Wohnen und der Einsatz von Technik können hilfreich sein, um auf diese Wünsche einzugehen (vgl. Kapitel 4.4).

Auch wenn die meisten Älteren so lange wie möglich zu Hause bleiben möchten, gibt es eine wachsende Gruppe von älteren Menschen, die im Alter noch einmal bewusst ihre Wohnsituation verändern wollen. Für diese Menschen gibt es gemeinschaftliche Wohnprojekte wie zum Beispiel das Mehrgenerationenwohnen oder selbst organisierte Wohn- und Hausgemeinschaften. Weitere Konzepte sind betreutes Wohnen / Service-Wohnen, Altenwohnungen sowie Seniorenresidenzen oder Wohnstifte.

Für Menschen, die die Wohnsituation verändern müssen, weil es aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit nicht mehr anders geht, gibt es u.a. die Altenpflegeeinrichtungen der sogenannten 3. Generation. Sie sind an den Erkenntnissen der Gerontologie ausgerichtet und orientieren sich am Kompetenzmodell. Seit einigen Jahre werden aber neue Wohnkonzepte für diese Zielgruppe entwickelt wie beispielsweise Hausgemeinschaften und betreute Wohngemeinschaften (vgl. Kremer-Preiß / Stolarz 2003, 8 ff.). Die Altenhilfeeinrichtungen der 4. Generation, richten sich an einem Haus- bzw. Wohngemeinschaftskonzept aus und setzen einen lebensweltorientierten Schwerpunkt (vgl. Riedel 2007, 83f.).

Bei den Hausgemeinschaften handelt es sich um eine familienähnliche Wohnform, in der sieben bis maximal neun Personen zusammen leben. Pflege, Hauswirtschaft und soziale Betreuung werden hierbei nicht mehr voneinander abgegrenzt. Die Dezentralisierung ist ein wichtiges Element der Hausgemeinschaft. Dies bedeutet, dass Planung und Durchführung vor allem von hauswirtschaftlichen Leistungen möglichst unter Beteiligung der alten Menschen erfolgen. Eine so genannte »Präsenzkraft« handelt stellvertretend für die Bewohnerinnen und Bewohner, falls diese selbst dazu nicht in der Lage sind. Der Tagesablauf ist stark am Alltagsleben einer häuslichen Wohngemeinschaft orientiert (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2004, 12).

Ein Ergebnis der Trendstudie »Pflege 2020«, an der sich bundesweit 1.505 Einrichtungen und Träger beteiligten, war, dass neue Wohnkonzepte momentan und in Zukunft realisiert werden: So gaben mehr als die Hälfte der an der Befragung Teilnehmenden an, dass sie bis 2020 segregative Demenzwohngruppen einführen möchten bzw. diese schon eingerichtet haben. Weitere Konzepte, die geplant werden, sind das betreute Wohnen, Wohnen in stationären Hausgemeinschaften sowie generationenübergreifendes Wohnen (vgl. Fraunhofer IAO, 2007).

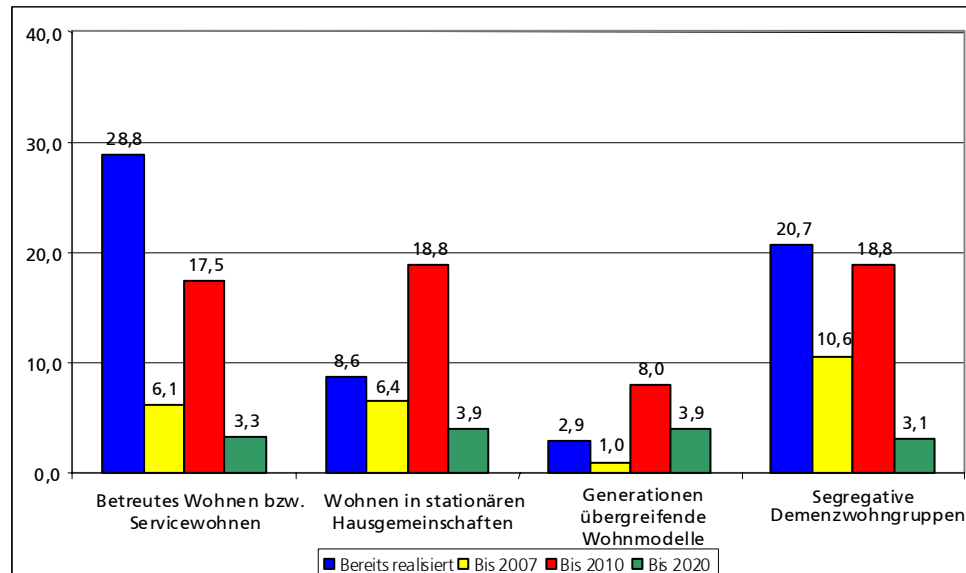


Abbildung 7: Planung neuer Wohnformen in den Einrichtungen (vgl. Fraunhofer Institut Arbeitswirtschaft und Organisation 2007, 4)

Eine weitere Untersuchung im Jahr 2005 ergab, dass 72 Prozent der Einrichtungen zwar noch in größere Wohnbereiche organisiert sind, jedoch bereits 21 Prozent in kleinere Wohngruppen mit etwa zehn bis 15 Bewohnern unterteilt sind und fünf Prozent das Hausgemeinschaftskonzept umgesetzt haben (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006, 7).

Umsetzbar ist dieses Konzept grundsätzlich für Pflegebedürftige aller Pflegestufen, mit oder ohne psychische Veränderungen im Rahmen einer vollstationären Betreuung, Kurzzeitpflege oder Tagespflege. Die Zielgruppe ist somit sehr weit gefasst, es wird jedoch empfohlen, bei der Zusammenstellung der Bewohner auf eine möglichst große Homogenität zu achten (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2004, 116).

Im »Seniorenwohnpark Dießen«, einer Einrichtung der oberbayrischen Arbeiterwohlfahrt (AWO) wird beispielsweise nach dem oben genannten Hausgemeinschaftskonzept gearbeitet. Hier gibt es sechs Wohngruppen mit einem Wohn-Ess-Bereich und einer offenen Küche, um die jeweils sieben Bewohnerzimmer angeordnet sind. Der hauswirtschaftliche Bereich, insbesondere die Essenszubereitung steht bei den Alltagsaktivitäten im Vordergrund und wird mit Hilfe der Präsenzkraft geplant und durchgeführt. Die Präsenzkraften sind verantwortlich für die grundpflegerische Versorgung, die allgemeine soziale Betreuung der Bewohner sowie für die hauswirtschaftliche Tätigkeiten. Aufgaben, die Pflegefachkräften vorbehalten sind, werden von einem Pflegeteam, welches für die gesamte Einrichtung zuständig ist, durchgeführt (vgl. Klaes u. a. 2004, 117).

Auch speziell für Demenzkranke werden bereits hausgemeinschaftliche Projekte durchgeführt. Ein Beispiel dafür ist das MIDEMAS-Projekt, das von der Sozialplanung in Baden-Württemberg e. V. und der Arbeitsgruppe Psychogeriatric des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim im Rahmen eines Modellprogramms »Altenhilfestrukturen der Zukunft« des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend durchgeführt wurde. In der Laufzeit von 2000 bis 2003 nahmen sieben Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg teil (vgl. Heeg u. a. 2005, 81 ff.).

Die Tätigkeiten der Altenpflegefachkräfte werden sich aufgrund der Einführung neuer Wohnkonzepte in den einzelnen Einrichtungen ändern: Beispielsweise ist im beschriebenen Konzept der Hausgemeinschaften die Neuordnung von Verantwortlichkeiten der Hauswirtschaft und Pflege erforderlich: Wie bereits beschrieben, soll die Hauswirtschaft dezentral und bewohnernah organisiert werden, damit den Bewohnerinnen und Bewohnern eine an der eigenen Häuslichkeit angelehnte Tagesstruktur geboten wird und die Teilnahme oder Teilhabe an hauswirtschaftlichen Aktivitäten ermöglicht wird, beispielsweise das Zubereiten von Mahlzeiten. Dadurch ergeben sich eine Vielzahl von Schnittstellen zwischen den Hauswirtschafts-, Präsenz- und Pflegefachkräften. Diese müssen einrichtungsspezifisch zugeordnet werden, wodurch sich das Aufgabenspektrum der Pflegekräfte ändert (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen / Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Oberbayern e. V. 2004, 8).

Künftig wird es jedoch nicht nur darum gehen, besonders zukunftsfähige Wohnformen zu entwickeln, sondern diese auch in Wohnquartiere zu integrieren und zu vernetzen. Unter »Quartier« wird hierbei eine überschaubare Wohnsiedlung mit ca. 5.000 bis 15.000 Einwohnern verstanden. Durch Organisation und Vernetzung von altersgerechten Wohn-, Betreuungs- und Versorgungsmöglichkeiten sind ältere Menschen in ein Netz eingebunden, dass Betroffene unterstützt, möglichst lange in den eigenen vier Wänden leben zu können. Somit können in einem Wohnquartier ganz unterschiedliche Wohnformen und Dienstleistungen den Seniorinnen und Senioren angeboten werden.

Bereits 1988 wurde von der Baugenossenschaft »Freie Scholle e. G.« das Projekt »Nachbarschaftlich wohnen in der Freien Scholle« begonnen. Hier wurde auf Wunsch der Bewohnerinnen und Bewohner einer Siedlung nach einer eigenen Altenbetreuung verwirklicht. Kernstück des Konzeptes ist die aufsuchende Beratung und die Vermittlung und Koordination in den »normalen« Wohnungen. Dieses Angebot wird durch betreute Wohnformen ergänzt. Zudem gibt es generationsübergreifende Gemeinschafts- und Freizeitangebote in Verbindung mit der Organisation von Nachbarschaftshilfe sowie generationsübergreifende Wohnraumberatung (vgl. Klaes u. a. 2004, 116 ff.).

In einem quartiersbezogenen Ansatz könnten Pflegende neben den üblichen pflegerischen Tätigkeiten auch im Zusammenhang mit den neu zu schaffenden Pflegestützpunkten die Organisation von Hilfen bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes übernehmen, zum Beispiel die Vermittlung von Hilfsmitteln, Wohnraumberatungen, Nachbarschaftshilfe oder Pflegeheimplätze.

Managed Care als Lösungsweg für neue Anforderungen

Obwohl die Qualifizierungen im Bereich Managed Care unter die Weiterbildungsmaßnahmen fallen und damit nicht in den Bereich der Anpassungsqualifizierung fallen, werden sie hier aufgezeigt. Qualifizierungen im Bereich des Managed Care (gelenkte Versorgung) könnten im Zusammenhang mit neuen Versorgungskonzepten zukünftig immer wichtiger werden. Unter Managed Care werden Konzepte verstanden, in denen durch neue Kooperationsformen zwischen Kostenträgern, Leistungserbringern und Versicherten Versorgungsleistungen qualitativ besser und wirtschaftlicher gestaltet werden sollen. Bisher gibt es jedoch kein zusammenhängendes Konzept. Wissmann spricht hierbei von einem Laboratorium, in dem Elemente wie Disease-Management-Programme, Hausarzt-Modelle oder integrierte Versorgung und vieles mehr relativ unverbunden unter dem Oberbegriff Managed Care ausprobiert und eingeführt wird (vgl. Wissmann 2003, 14-27).

Unter Managed Care fällt auch das Konzept des Case Managements, das der rationalen Steuerung von Unterstützungs- und Hilfsprogrammen für einzelne Menschen dient. Ziel des Case Managements ist die individuelle, kontinuierliche Begleitung einzelner Klienten durch das Versorgungssystem, die Erschließung und Koordination relevanter Dienstleistungen sowie Schnittstellenmanagement (vgl. Wissmann 2003, 14). Hierfür gibt es seit 2003 eine zertifizierte Weiterbildung zum Case Manager nach gemeinsamen Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS), dem Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH) sowie dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). Diese Weiterbildung, die mit dem Zertifikat »Zertifizierte/r Case Manager/in (DGS, DBSH, DBfK)« abschließt, hat sich bei Bildungsträgern rasch durchgesetzt (vgl. Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management, 1).

Angesichts der Trägerschaft für das Case Management sind drei verschiedene Möglichkeiten angedacht: Erstens kann Case Management durch neutrale Koordinierungsinstanzen als Informations- und Vermittlungsstelle dienen. Die zweite Variante ist ein Case Management durch die Leistungserbringer, z. B. in Überleitungsteams an Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Arztpraxen. Die letzte Möglichkeit ist ein Case-Management durch die Kosten- und Leistungsträger (vgl. Ewers / Schaeffer 2000, 14).

Im Zusammenhang mit Case-Management wird mit der Qualifizierung zur Familiengesundheitspflegerin bzw. zum Familiengesundheitspfleger eine weitere

Weiterbildungsmaßnahme derzeit erprobt. Nach einer Projektdesign- und Konsensphase begann im Oktober 2005 mit Beginn der zweijährigen berufsbegleitenden Weiterbildung die Implementierungs- und Machbarkeitsphase, die bis 2008 andauert. Momentan wird die Weiterbildung in Essen und München angeboten. Das Projekt wird im Rahmen einer WHO-Pilotstudie vom DBfK durchgeführt und von der Robert-Bosch-Stiftung und dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziales gefördert. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgt durch das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Witten-Herdecke (vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2007, 14).

Künftige Familiengesundheitspflegerinnen bzw. -pfleger haben ein breites Spektrum an Aufgaben: Sie sollen insbesondere benachteiligte Familien in verschiedenen Lebensphasen in Fragen von Prävention und Gesundheitsförderung unterstützen und beraten, sowie potentielle und aktuelle Gesundheitsprobleme erkennen. Zudem sollen sie befähigt werden, die Familien im Kontext sozialer Gesundheitsfaktoren, beispielsweise Migration, Gewalt oder Armut, zu beraten und zu begleiten. Familiengesundheitspflegerinnen und Familiengesundheitspfleger stellen außerdem ein Bindeglied zwischen anderen Berufsgruppen, zum Beispiel der Hausärztin bzw. dem Hausarzt dar und haben Lotsenfunktion zu anderen Bereichen, beispielsweise dem Sozialamt. Zudem haben sie die Aufgaben, Beratungen - insbesondere präventiver Art durchführen - da pflegende Angehörige häufig unter Überlastungserscheinungen leiden (vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2007, 3 ff.).

Dies entspricht auch der Forderung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dass pflegende Angehörige, die eine gesundheitsökonomisch wichtige Ressource darstellen, künftig durch gesundheitspolitische Maßnahmen stärker berücksichtigt werden sollen (vgl. Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005, 7). Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wird dieser Forderung durch die Pflegezeit für Angehörige nachgekommen (vgl. Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Artikel 3).

DRGs und Integrierte Versorgung

Eine der bedeutendsten systemverändernden Maßnahmen in der Gesundheitspolitik war die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) im Jahr 2003 (vgl. Hasseler / Görres 2005, 27). Die internationalen Erfahrungen mit DRGs zeigen, dass diese die Krankenhausverweildauern und –kosten verkürzen und wesentliche Auswirkungen auf nachgelagerte Bereiche haben (Spath u. a. 2003; Hasseler / Görres 2005, 27). Die Verkürzung der Liegezeiten und dementsprechend schnellere Entlassung der Patientinnen und Patienten verursachen vor allem eine Zunahme der Behandlungspflege und der sozialen Betreuung (vgl. Spath u. a. 2003, 14).

Der komplexe Hilfebedarf der Betroffenen erfordert einen erhöhten Bedarf an Kooperation und Vernetzung und das Zusammenwirken aller Institutionen und Organisationen, die über ein Hilfeangebot verfügen (Spath u. a. 2003). Die dadurch entstehenden Strukturen und Prozesse erfordern eine konsequente Abstimmung und Kooperation der Arbeit aller Leistungserbringer (vgl. Bühler 2006, 29). Zudem wurden mit der Einführung des GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) im Jahr 2004 vermehrt Verträge zur integrierten Versorgung abgeschlossen, die das Ziel verfolgen, einheitliche Behandlungsketten zu organisieren, um Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsverluste zu verhindern. Fünf Prozent der Versicherten profitieren momentan von solchen Verträgen, die jedoch regional und indikationsbezogen erhebliche Unterschiede aufweisen. Verträge zur integrierten Versorgung werden künftig auch für Pflegedienste und -einrichtungen an Bedeutung gewinnen, da diese nach dem neuen Gesetzentwurf auch mit den Pflegekassen Absprachen treffen können. Diese bieten die Möglichkeit, spezielle Pflegesätze, Vergütungen und Rahmenverträge mit Kassen zu vereinbaren, die Pflegediensten und ihren Netzwerkpartnern eine bessere Versorgung ihrer Patienten ermöglicht (vgl. Ballast 2007, 16 ff.).

Durch die beschriebene Strukturveränderung in der Versorgungslandschaft wird eine Neubestimmung der Aufgaben- und Tätigkeitsprofile der Pflegeberufe notwendig. Für das Care / Case Management konstatieren Hasseler und Görres eine Differenzierung des Aufgaben und Tätigkeitsspektrums und die Entwicklung von anleitenden, beratenden, koordinierenden und steuernden Aufgaben und Zuständigkeiten (vgl. Hasseler / Görres 2005, 140). Aber auch für die stationären Einrichtungen werden sich die Strukturveränderungen im Gesundheitswesen bemerkbar machen. Aufgrund der genannten Veränderungen werden Beschäftigte in der Altenpflege vermehrt Behandlungspflege durchführen müssen. Sie müssen in der Lage sein, ihre Versorgung auf Betroffene mit komplexem Hilfebedarf auszurichten. Auch Qualifizierungsbedarfe in den Bereichen Überleitungs- bzw. Schnittstellenmanagement werden immer wieder im Kontext mit den beschriebenen Neuerungen betont (vgl. Reisach in Hilbert / Evans 2003, 26).

Im Rahmen der neuen Versorgungsformen werden folgende Kenntnisse und Kompetenzen wichtig:

Mögliche Anpassungsqualifizierung:

Fachkompetenz:

- Gesetzliche Vorgaben, z. B. Hygiene
- Behandlungspflege
- Angehörigenarbeit
- Information und Organisation von Hilfen
- Information und Vermittlung von technischen Hilfen
- Organisation der Alltagsbegleitung

Methodenkompetenz:

- Schnittstellenmanagement
- Ideen- und Innovationsmanagement
- Organisation- und Prozesswissen

Soziale Kompetenz:

- Kunden-/Serviceorientierte Kommunikation
- Interdisziplinäre Teamarbeit

Personale Kompetenz / Selbstkompetenz:

- Dienstleistungsorientierung
- Flexibilität
- Verständnis für Qualitätsmanagement

5.4 Neue Technologien in der Pflege

These 4: Informations- und Kommunikationstechnik können zur Steigerung der Lebensqualität von Hilfe- und Pflegebedürftigen beitragen und die Sicherheit der Pflegekräfte unterstützen.

Neue Technologien leisten einen entscheidenden Beitrag zu Innovation und Produktivität in der Arbeit – wie dieses in beinahe allen Branchen heute schon aufgezeigt werden kann. Auch in der Altenpflege werden heute – zumindest ansatzweise – vielfältige Technologien eingesetzt wie z.B. Notrufsysteme, Sturzsensoren, Gebäudetechnologien etc.. Darüber hinaus gibt es eine ganze Reihe von Diskussionen, Konzeptionen und ersten Prototypen neuer technologischer Entwicklungen.

Diese technologischen Entwicklungen zeichnen sich durch eine weiter zunehmende Miniaturisierung von Endgeräten und durch eine Integration unterschiedlichster Funktionalitäten in einem Endgerät aus. Hierbei verwischen sich die Grenzen zwischen Hard- und Software und Telekommunikation zusehends. Ein Beispiel ist der Einsatz von Sensorik und RFID-Chips in Kombination mit Telekommunikationsmöglichkeiten an einem Teppich, der infolge dieser »intelligenten« Ausstattung Stürze erkennt und einen Notruf auslösen kann.

Diese Kombination ist gerade für allein lebende alte Menschen und für die Pflege hoch interessant – kann damit und durch eine innovative Dienstleistungsinfrastruktur die Selbstständigkeit vieler Menschen erhalten bleiben.

Verbesserungen der Informations- und Kommunikationssysteme (IuK-System) stehen in Betrieben der Gesundheitswirtschaft derzeit mit 43 Prozent der Nennungen im Mittelpunkt bei Modernisierungsmaßnahmen. 22 Prozent der Einrichtungen planen, moderne IuK-Systeme einzuführen. Neue Technologien in ihren Einrichtungen einzusetzen, planen 16 Prozent und fünf Prozent der Betriebe des Gesundheitswesens wenden diese bereits an (vgl. GIB-NRW Betriebsbefragung 2002 in Hilbert / Evans, 33).

Es kann also davon ausgegangen werden, dass der Einsatz technischer Innovationen bei den Trägern künftig eine große Rolle spielen wird. Dies bestätigt auch die Trendstudie »Pflege 2020«, bei der im Rahmen einer repräsentativen Befragung 1.503 Träger und Einrichtungsleitungen u. a. die heutige Umsetzung und zukünftige Planung bekannt gaben.

Folgende Abbildung gibt einen Überblick über die strategischen Planungen.

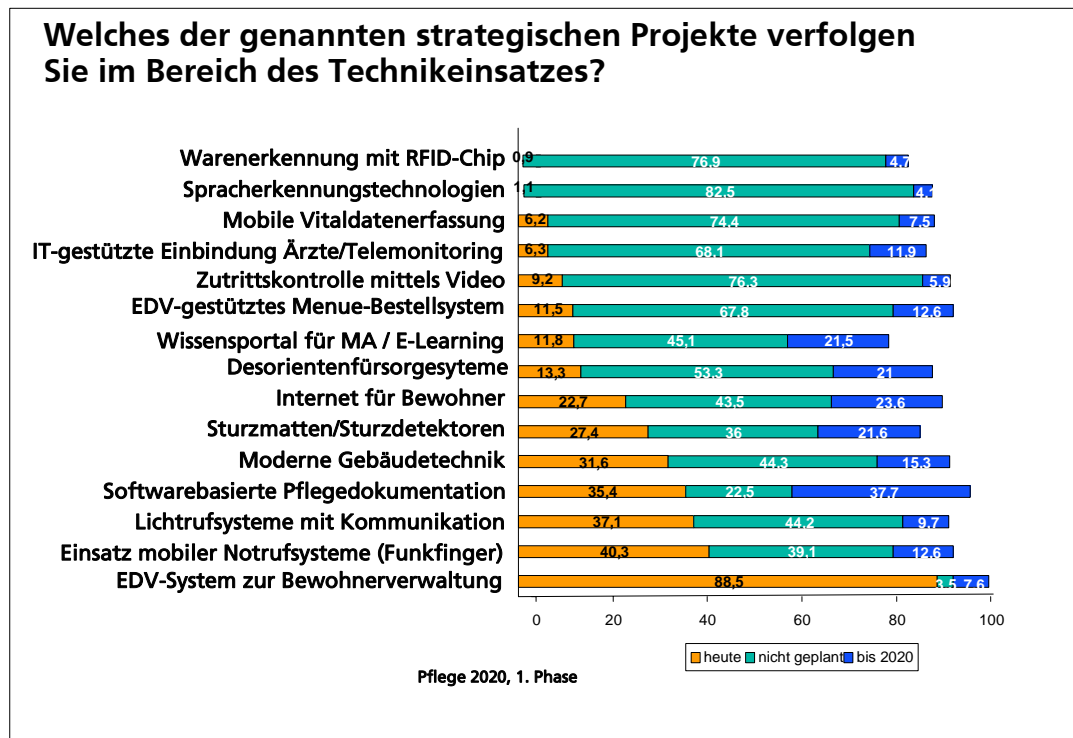


Abbildung 8: Strategische Projekte im Bereich Technikeinsatz, Fraunhofer IAO 2007

Deutlich wird, dass der Technisierungsgrad der stationären Pflegeeinrichtungen noch deutlich ausgebaut werden kann, selbst EDV-Systeme zur Bewohnerverwaltung werden nicht flächendeckend eingesetzt. Die software-basierte Pflegedokumentation gibt es in 35 Prozent der Einrichtungen, bis 2020 planen es weitere 37%. Der politisch gewollte Aufbau von Telematikinfrastrukturen im deutschen Gesundheitswesen, im Zuge dessen Elemente wie die elektronische Gesundheitskarte oder die elektronische Patientenakte eingeführt werden, können einen Technisierungsschub in der Altenhilfe zur Folge haben, heute spiegelt sich dieses in der Befragung noch nicht wieder (vgl. Klein / Weisbecker 2006, 192 ff.).

Im Folgenden werden die Entwicklungen und Diskussionen für den Bereich der elektronischen Pflegedokumentation, den Bereich des Ambient Assisted Living und für Telecare / Telemonitoring umrissen.

Elektronische Pflegedokumentation

Die Einführung einer elektronischen Pflegedokumentation sollte in der Regel an einer Restrukturierung der Arbeitsorganisation und der Kommunikationsstrukturen sowie entsprechenden Qualifizierungsmaßnahmen gekoppelt sein. Im Rahmen des Einführungsprozesses bietet sich die Gelegenheit die vorhandenen Strukturen genau zu beleuchten und neue Verantwortlichkeiten und veränderte – zum Teil standardisierte - Arbeitsweisen festzulegen. Während bei der manuellen Pflegedokumentation eine große Flexibilität (manchmal bis hin zur Beliebigkeit) gegeben ist, wann welche Prozesse, Evaluationen durchgeführt werden, können elektronische Pflegedokumentationen Routinen standardmäßig ablaufen lassen. Beispielsweise kann die Eingabe von Arbeitstätigkeiten automatisiert abgefragt werden, und so Erinnerungsfunktion haben bis hin zur rechtsrelevanten Abzeichnung von pflegerischen Tätigkeiten. Im Rahmen der in Pflege 2015 durchgeführten Workshops wurde hier von den Praktikern ein Professionalisierungsschub des pflegerischen Handelns bestätigt bis hin zur verstärkten Rechtssicherheit für die Einrichtung.

Bislang kann noch nicht flächendeckend davon ausgegangen werden, dass Pflegefachkräfte EDV-Kenntnisse haben. In der Vergangenheit gab es hier eine hohe Resistenz, was den Umgang mit neuen Technologien angeht, der mit der kommenden jüngeren Generation allerdings deutlich zurückgeht.

Die Hersteller haben auf diese Herausforderung reagiert und im Bereich der Hard- und Software alternative Anwendungen für die Pflege entwickelt.

Spracherkennungstechnologien

Das Long Life Center hat in Zusammenarbeit mit dem Fraunhofer Institut für Produktionstechnik und Automatisierung (IPA) ein sprechendes und hörendes Pflegedokumentationssystem in Form eines Personal-Digital-Assistenten (PDA) entwickelt, den TALKtumi ®. Dieser soll Pflegekräfte maßgeblich von Verwaltungstätigkeiten entlasten und die Qualität der Pflege verbessern. Funktionalitäten umfassen die Pflegeplanung, Erinnerungsfunktionen an zeitfixierte Leistungen, Anzeigen des Pflegebedarfs bei der eigentlichen Pflege der Bewohnerin bzw. dem Bewohner. Anhand eines Touchscreens oder per Spracheingabe können die durchgeführten Maßnahmen unmittelbar protokolliert werden. Der Pflegebericht kann nach Abschluss der Pflegetätigkeiten diktiert werden. Weitere Funktionen des TALKtumis ® sind beispielsweise der automatische Pflegestufenrechner, Arztverordnungsmodule, Erinnerung an die Überprüfung der Pflegeplanung oder eine Kalenderfunktion (vgl. Long Life Center 2008, 1).

Spracherkennungstechnologien werden auch im Bundesmodellprojekt »Das intelligente Heim - Ablaufoptimierung, kurze Wege, Entbürokratisierung« des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend eingesetzt. Das

Altenpflegeheim »Im Münchfeld« Arbeitersamariterbund Mainz erprobt in diesem Zusammenhang die Gesamtlösung »OPAS Sozial« der Firma Aastra-De-Te-We. In diesem System gibt es eine standardisierte Leistungserfassung über die Displays der ohnehin vorhandenen Telefone (Ein- und Ausfuhr, Vitalwerte, Lagerung, Leistungserbringung). Damit können Leistungen und Werte unmittelbar in den Bewohnerzimmern oder unterwegs mit mobilen Telefonen eingegeben werden. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, die Pflegeberichte per Sprache via Telefon zu erfassen. Diese Berichte können dann ggf. am PC im Dienstzimmer noch nachbearbeitet werden (vgl. Meißner/Thelen 2007, 30).

Digitaler Stift und digitales Papier

Während die Spracherkennungstechnologien vom Ablauf und der Bedienung her, EDV-Kenntnisse erfordern, setzt der digitale Stift direkt an der gewohnten Lebenswelt an. Der digitale Stift sieht aus wie ein Kugelschreiber oder Füller und wird wie dieser bedient. Mit dem digitalen Stift wird per Hand digitales Papier beschrieben. Per Knopfdruck werden die Daten an die EDV übertragen und können dort verarbeitet werden. Die Daten des Stiftes umfassen die Koordinaten des digitalen Papiers, die Zeit, zu der sie erfasst wurden, sowie die individuelle Identifikationsnummer des Stiftes. Bei zeitkritischen Dokumenten kann also festgestellt werden, wann diese ausgefüllt wurden. Zudem können die Stifte bestimmten Pflegekräften zugeordnet werden. Angesichts steigender Datenmengen in der Pflege, um statistische Berechnungen durchzuführen sowie um der steigenden Dokumentationsanforderungen in der Pflege gerecht zu werden, könnte dieses System ein Lösungsansatz sein. Im Diakonie-Pflege Verbund Berlin gGmbH wird im Zusammenhang mit dem oben beschriebenen Bundesmodellprojekt der digitale Stift im ambulanten Dienst eingesetzt. Pflegenotizen werden direkt vor Ort aufgezeichnet, archiviert und an die Pflegekasse zur Abrechnung weitergeleitet (vgl. Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend 2008, 1).

Unabhängig von der eingesetzten Hard- und Software bedeutet die Einführung der elektronischen Pflegedokumentation eine Auseinandersetzung mit neuen Technologien und ihren Auswirkungen auf die Arbeitsorganisation, die Arbeitsaufgaben und die Lebensqualität der Bewohner und Bewohnerinnen. Insbesondere Pflegefachkräfte müssen sich mit der veränderten Informationsbasis auseinandersetzen und brauchen Werkzeuge und Know-how, wie dieses zu bewerkstelligen ist und welche Rückschlüsse die Auswertungen beispielsweise für das Qualitäts- und Risikomanagement haben.

Ambient Assisted Living / Assistive Umgebungstechnologien

Unter dem Namen »Ambient Assisted Living« wird derzeit ein neues Förderprogramm der EU entwickelt. Das Europäische Parlament hat eine Resolution am 13. März 2008 verabschiedet, die im Rahmen dieser geplanten Forschungs- und Entwicklungsprogramme die Lebensqualität älterer Menschen mit Hilfe von neuen Technologien verbessert will (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung 2008, 1).

Weitere Begriffe im Umfeld »Ambient Assisted Living« sind das »Intelligent Home« oder »Smart Homes«. Gemeint ist die programmierte, mikroelektronisch gesteuerte Kommunikation der integrierten Geräte untereinander– im Gegensatz zu herkömmlichen partiellen Vernetzungen. Zudem kann auch eine Verbindung nach außen, zum Beispiel zu Nachbarn oder Serviceeinrichtungen ermöglicht werden (vgl. Mollenkopf u. a. in Klie u. a. 2005, 355 ff.).

Technologische Entwicklungen, Modellprojekte und Umsetzungen dazu gibt es seit etwa Mitte der 90er Jahre.

Bereits 1997 wurden assistive Umgebungstechnologien in der Werkstatt Wohnen, einer Musterwohnung für ältere und behinderte Menschen im barrierefreien Design in Stuttgart gezeigt. Mit einer Sprachsteuerung können Licht, Fenster, Türen und Rollläden bedient werden. Werkstatt Wohnen wurde in Zusammenarbeit mit über 40 Unternehmen und der »Zentralen Beratungsstelle für Wohnraumanpassung im Alter und bei Behinderung« des damaligen Landeswohlfahrtsverbands Württemberg-Hohenzollern, dem Institut für Arbeitswissenschaft und Technologiemanagement (IAT) der Universität Stuttgart und dem Fraunhofer Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation verwirklicht (vgl. Klein / Weisbecker 2006, 193).

Die Fraunhofer-Gesellschaft hat dieses Thema mit einer Reihe ihrer Institute in einer strategischen Allianz zum Thema Ambient Assisted Living aufgegriffen. In Duisburg wird zurzeit unter der Leitung des Fraunhofer IMS im Verbund mit anderen Fraunhofer Instituten, der Industrie und Trägern ein Inhaus² gebaut, das sich dem Themenfeld »Health and Senior Care« auf einer über 700qm großen Fläche widmet. Hier soll eine Entwicklungs- und Demonstrationsplattform realisiert werden, die neben den technologischen Entwicklungen auch die Kooperationsstrukturen in der Versorgungskette und die Prozessgestaltung aufzeigen will.

Die Technische Universität (TU) Kaiserslautern hat im Forschungsschwerpunkt »Ambient Intelligence« untersucht, welche Bereiche des Assisted Living für alte Menschen bedeutsam sind.

Eines der Ergebnisse war, dass Assisted Living vor allem in den Bereichen Gesundheit, Sicherheit und Komfort erwünscht ist:

- Im Bereich Gesundheit unterstützen Spezialgeräte den älteren Menschen. Beispielsweise soll eine Sturzmatte es möglich machen, je nach erkannter Schwere der Notsituation ein abgestuftes Alarmierungskonzept zu verfolgen. Weitere Möglichkeiten sind die Überwachung der Vitalparameter mit Hilfe der Elektronik sowie die Überwachung der Medikamenteneinnahme.
- Unter anderem Haustürkameras, Türüberwachungen sowie eine automatische Abschaltung elektrischer Verbraucher (zum Beispiel Herd oder Bügeleisen) und ein Wasserschaden-Alarm sollen zur Gewährleistung der Sicherheit des älteren Menschen eingesetzt werden.
- Dem Komfort sollen unter anderem fernsteuerbare Rollläden, das Öffnen der Türen mit einem elektronischen Schlüssel oder automatische Lichtfunktionen dienen.

Der Umfang der eingesetzten Technik sollte skalierbar sein, dies bedeutet, dass jeder Bewohner so viel Technik einsetzen möchte, wie er benötigt und möchte (vgl. Technische Universität Kaiserslautern, 1).

In Pflegeeinrichtungen spielen zunehmend auch Entwicklungen eine Rolle, die speziell für weglaufgefährdete dementiell erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner eingesetzt werden kann. So genannte RFID-Chips (Radio Frequency Identification) werden mit Einverständnis der Angehörigen oder der gesetzlichen Betreuungspersonen in Armbändern, Ketten oder Kleidungsstücken bei demenzten Bewohnern mit Weglauftendenz eingesetzt. Die »erlaubten« Bereiche zum Beispiel ein abgetrennter Garten sind mit Antennen versehen. Überschreitet der Bewohner diesen Bereich alarmiert das System die Pflegekräfte. Diese Technologie hat den Vorteil, dass der verwirrte Bewohner Bewegungsfreiheit hat, ohne dass die Gefahr besteht, dass dieser sich selbst gefährdet (vgl. Fraunhofer Institut für Software- und Systemtechnik 2006, 80 f.).

Telecare bzw. Telepflege

Dieser Begriff ist in Deutschland noch nicht sehr verbreitet. Die englischsprachigen Definitionen sehen Telecare als ein Dienstleistungsangebot an, das mittels neuer Technologien alten und/oder behinderten Menschen erlaubt, selbstständig in ihrer Wohnung zu leben. Eine Sensorik-Ausstattung ermöglicht die Minimierung unterschiedlicher Risiken, angefangen von der Verhinderung von Wasserschäden oder Feuer zu verhindern, die automatische Abschaltung von Herdplatten bei Nicht-Benutzung oder die automatische Regulierung der Heizung, um vor Unterkühlung zu schützen. Mit der Anbindung der Sensorik an

ein Informations- und Kommunikationssystem und der Bildtelefonie wie dieses beispielsweise schon in den 90er Jahren im Modellprojekt TESS umgesetzt wurde, ist das Monitoring unterschiedlichster Alltagsgewohnheiten möglich (vgl. Hilbert / Scharfenorth 1999, 21 ff.; vgl. Haberle u. a. 1999, 132 ff.).

Das Dienstleistungsangebot eines Trägers kann dabei den klassischen Hausnotruf um die unterschiedlichsten Funktionalitäten erweitern und in Kombination des Einsatzes von Pflegekräften eine »virtuelle« Rundum-Versorgung zuhause gewährleisten.

Unter dem Begriff »Telemonitoring« wird vor allem die gesundheitsbezogene dezentrale Überwachung von Patientinnen und Patienten verstanden. In diesem Umfeld gibt es eine Vielzahl an technologischen Entwicklungen und Konzepten (z.B. senSave® vgl. Fraunhofer Gesellschaft 2007, 1)). Zurzeit greifen vor allem Private Krankenversicherungen dieses Thema im Rahmen von Disease Management Programmen z.B. für die Überwachung von Diabetes oder kardiologischen Erkrankungen auf. Hier bleibt abzuwarten, ob die Pflege diese technologischen Potenziale für die Weiterentwicklung ihres Berufsbildes und ihrer Aufgaben nutzbar machen kann.

Im Rahmen der von der Europäischen Union geförderten Entwicklungspartnerschaft »Netzwerk Pflege und integrierte Versorgung – InCareNet« wurden erste Qualifikationsmaßnahmen vor allem für den Telemonitoring –Bereich entwickelt. So wird in Brandenburg seit 2006 der Modellversuch »Medical Data Management Educational Partnership« (MEANDER) durchgeführt. Ziel des Projektes ist es, Pflegekräfte für neue telediagnostische und therapeutische Möglichkeiten für Patienten zu qualifizieren und sie auf zukünftige Berufsfelder vorzubereiten. Da in der Kardiologie mittels Einsatz der Telemedizin die Übermittlung unterschiedlicher Daten (z. B. aus EKG oder Blutdruckmessgeräten) möglich ist, können Patienten mittels einer Telefonleitung direkt von zu Hause aus ihre Daten an ein Spezialzentrum übertragen. Dort sollen dann die Daten von Pflegefachkräften, die als »Telemetrisch-medizinischen Datenmanager« qualifiziert wurden, ausgewertet, archiviert und – wenn nötig – weitere Schritte veranlasst werden. In dieser Weiterbildung werden medizinische Grundlagen, Grundlagen der EDV, Aufbau von Datennetzen, Datenmanagement und –schutz sowie kardiologische Implantate, telemedizinische Geräte und Kommunikation mit Patienten thematisiert (vgl. InCareNet 2008a, 1).

Im Rahmen von InCareNet wird im Projekt »AGnES« (Arztentlastende Gemeindefnahe E-Health-gestützte Systemische Intervention) derzeit eine weitere Qualifikation in Mecklenburg-Vorpommern erprobt. Ausgebildet wird zur »Community Medicine Nurses«, die die Ärzte im Bereich der häuslichen Versorgung und Prävention entlasten sollen. Die neueste Medizintechnik und telemedizinische Funktionalitäten (Telemonitoring, Telediagnostik, Telekonsultation, Telemanagement) sollen hierbei bei der Arbeit am und mit dem Patienten integriert wer-

den. Entwickelt wurde diese Qualifikation am Institut für Community Medicine der Ernst-Moritz-Arndt-Universität in Greifswald in Kooperation mit dem Fachbereich Gesundheit und Pflege der Hochschule Neubrandenburg. Nach Abschluss der Weiterbildung sollen die Absolventinnen und Absolventen im Auftrag eines niedergelassenen Arztes in der Häuslichkeit von Patienten oder älteren Menschen arbeiten. Durch eine computergestützte Video- und Audioverbindung kann der verantwortliche Hausarzt bei medizinischer Notwendigkeit hinzugezogen werden und medizinische Werte im Verlauf der Konsultation übermitteln (vgl. InCareNet 2008b, 1).

Im Rahmen der technologischen Entwicklungen in der Pflege können folgende Kompetenzen eine Rolle spielen:

Mögliche Anpassungsqualifizierung:

Fachkompetenz:

- Datenschutz / Datensicherheit
- Datenauswertung und Datenmanagement
- Beratung im Bereich Telecare / Telemonitoring

Methodenkompetenz

- Organisations- und Prozesswissen
- Schnittstellenmanagement

Medienkompetenz:

- Grundlegende PC-Kenntnisse
- Umgang mit den neuen Technologien
- ePflegedokumentation / eArztbrief / eRezept

Soziale Kompetenz:

- Mediale Kommunikation

Personale Kompetenz / Selbstkompetenz:

- Ethische Fragestellungen bzgl. Telecare /-monitoring

6 Workshops und Interviews zu Entwicklungstendenzen und Anpassungsqualifizierungen

Um die im Thesenpapier erarbeiteten Entwicklungstendenzen und deren Auswirkungen auf die Pflegefachkräfte in der stationären Altenhilfe zu überprüfen, wurden drei Workshops mit Expertinnen und Experten von Universitäten und Fachhochschulen, Berufsverbänden, Gewerkschaft sowie Praktikerinnen und Praktiker durchgeführt. Die Workshops hatten weiterhin zum Ziel, die Anforderungsprofile und Qualifizierungsbedarfe zu ermitteln und zu diskutieren. Ergänzt wurden die Workshops durch Interviews.

Im Folgenden werden die Vorgehensweisen, Fragestellungen und Ergebnisse der einzelnen Workshops sowie der Interviews beschrieben.

6.1 Workshop mit Expertinnen und Experten

Vorgehensweise

Der Workshop mit den Expertinnen und Experten am 12. Juni 2007 hatte zum Ziel:

- Entwicklungstrends der Altenhilfe aus der Sicht von Fachleuten aus Forschung, Bildung und Unternehmen zu erfassen
- die Auswirkungen, die diese Entwicklungen auf die Fachkräfte in der Altenhilfe haben, zu ermitteln
- Hinweise auf notwendige Anpassungsqualifizierungen für die Fachkräfte zu erhalten

Um die Fragestellung umfassend und breit zu bearbeiten, wurden Fachleute aus verschiedenen Bereichen eingeladen. Vertreten waren vier Expertinnen und Experten aus Dienstleistungsunternehmen, drei Fachleute aus der Forschung sowie zwei Dozentinnen von Bildungseinrichtungen.

Im Vorfeld wurden die Workshopteilnehmerinnen und -teilnehmer gebeten, auf zwei bis drei Folien Statements zu den Entwicklungstendenzen in der Altenhilfe abzugeben.

Die Fragestellung dabei war:

- Welche Entwicklungstrends sind bereits heute für die Altenhilfe spürbar?

Die Stellungnahmen wurden in der Vorbereitung des Workshops zusammengefasst und in folgende Themenschwerpunkte geclustert:

- Neue Wohnformen / Settings
- Veränderte Personalstruktur
- Veränderte Kundenstruktur
- Einsatz neuer Technologien

Die Stellungnahmen wurden im Rahmen des Workshops nochmals vorgestellt und diskutiert. Nach der Mittagspause wurden zwei Gruppen gebildet, die die Themenbereiche in getrennten Räumen in Form von Diskussionsrunden bearbeiteten. Die Fragestellungen der Gruppenarbeit waren den Forschungsfragen angelehnt. Die erste Gruppe bearbeitete folgende Fragen:

- Welche Auswirkungen haben neue Wohnformen und Angebote auf die Arbeit der beruflich Pflegenden?
- Welche Anpassungsqualifizierungen benötigen Pflegekräfte in Bezug auf neue Wohnformen / Angebote?
- Welche Auswirkungen haben die Entwicklung des Berufsbildes bzw. des Aufgabenspektrum auf die beruflich Pflegenden?
- Welche Anpassungsqualifizierungen benötigen Pflegekräfte in Bezug auf das Berufsbild bzw. das Aufgabenspektrum?

Von der zweiten Gruppe wurden folgende Fragen bearbeitet:

- Welche Auswirkungen hat eine veränderte Kundenstruktur auf die Arbeit der beruflich Pflegenden?
- Welche Anpassungsqualifizierungen benötigen Pflegekräfte in Bezug auf die veränderte Kundenstruktur?
- Welche Auswirkungen hat der Einsatz neuer Technologien auf die Arbeit der beruflich Pflegenden?

- Welche Anpassungsqualifizierungen benötigen Pflegekräfte in Bezug auf neue Technologien?

Im Anschluss wurden die Ergebnisse im Plenum von den jeweiligen Moderatoren vorgestellt, von den Teilnehmenden diskutiert und ergänzt.

Ergebnisse

Welche Entwicklungstrends sind bereits heute für die Altenhilfe spürbar?

Veränderte Bewohnerstruktur

- Laut Aussage der Expertinnen und Experten hat sich in den letzten Jahren die Bewohnerstruktur in den Einrichtungen stark verändert. Eine deutliche Zunahme an schwerstpflegebedürftigen und gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen ist zu beobachten. Die Verweildauer in den Einrichtungen ist dadurch gesunken. Letztendlich führt dies zu einer Zunahme der Palliativversorgung und medizinischer Behandlungspflege. Auch eine Zunahme von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Migrationshintergrund ist zu verzeichnen.
- Gleichzeitig sind nach Einschätzung der Expertinnen und Experten die Wünsche, Bedürfnisse und Bedarfslagen der Bewohnerinnen und Bewohner differenziert, was letztendlich eine verstärkte Orientierung an den Wünschen und den unterschiedlichen Dimensionen der Lebensqualität notwendig macht.
- Die Entwicklung und Umsetzung von Pflege- und Betreuungskonzepten für spezielle Zielgruppen wie z.B. sinnesbehinderte Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund und demenziell erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner ist notwendig. Dazu müssen die Einrichtungen ihr Leistungsangebot von der Prävention, über die Rehabilitation bis hin zur Palliativ Care ausbauen.
- Bislang ist die Bewohnerstruktur der stationären Altenhilfe vornehmlich weiblich. Die Angebote sind aus diesem Grund vornehmlich auf Frauen ausgerichtet. Dies wird sich zukünftig verändern. Bereits heute werden zunehmend mehr Männer in den stationären Altenhilfeeinrichtung aufgenommen. Geschlechtsspezifische Angebote und Formen der Interaktion müssen entwickelt werden.
- Die steigende »Altersarmut« wirft die Frage auf, wie Menschen mit geringem Einkommen zukünftig versorgt werden. Bereits heute ist eine »Zwei-Klassen Pflege« absehbar.

Entwicklung Berufsbild/Aufgabenspektrum

- In den letzten Jahren hat sich das pflegewissenschaftliche Verständnis zunehmend erweitert. Dabei denkt Pflege zunehmend in Konzepten und Prozessen. Deutlich wird dies z.B. beim Entlassungsmanagement. Allerdings ist eine Kooperation mit der Gerontologie nötig, um das Pflegeverständnis noch weiter zu entwickeln und an die Entwicklungstendenzen anzupassen.
- Die Aufgaben und Tätigkeitsfelder für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen werden sich nach Einschätzung der Expertinnen und Experten verändern und weiter entwickeln. Neben der Zunahme der behandlungspflegerischen Aufgaben, betrifft dies vor allem die Beratungs- und Steuerungsaufgaben. Durch ein differenziertes Aufgaben- und Verantwortungsspektrum werden Pflegekräfte zukünftig Aufgaben im Bereich der Prozessbegleitung/ Prozesssteuerung, sowie Anleitung, Beratung von Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch Kolleginnen und Kollegen übernehmen.
- Die fortschreitende Verdichtung der Arbeitsanforderungen und der zunehmende Personalmix erfordern eine effektive und effiziente Organisation der Aufgaben und die Klärung von Verantwortlichkeiten.
- Einige Experten sehen eine Gefahr in der Überfrachtung der Ausbildung. Eine fundierte Vermittlung der Inhalte ist aufgrund der Vielzahl der Themen nicht mehr möglich.
- Einige Expertinnen und Experten sehen in dem zunehmenden Personalmix in den Einrichtungen die Gefahr der Dequalifizierung des Pflege-sektors.

Entwicklung Wohnformen/Leistungsangebot

- Nach Aussagen der Expertinnen und Experten werden sich die Wohn- und Versorgungsangebote weiter differenzieren und individualisieren. Alternative Wohnformen wie Haus- und Wohngemeinschaften werden zunehmend entstehen. In den alternativen Wohnformen und den Hausgemeinschaftskonzepten rücken Pflege und Hauswirtschaft enger zusammen.
- Ein Experte sieht dadurch den »Abschied vom »klassischen« deutschen Pflegeheim«. Eine Vorstellung ist die Entwicklung der klassischen stationären Einrichtungen als Kompetenz- und Servicezentrum im Gemeinwesen mit ambulanten, rehabilitativen, beratenden, teilstationären und

stationären Dienstleistungsangeboten (z. B. Prävention) verbunden mit verschiedenen Formen des Wohnens.

- Damit einher geht eine Ambulantisierung der Altenhilfe mit einer Entwicklung differenzierter niederschwelliger Angebote. Wohnraumanpassung, Alltagsgestaltung, Wohnunterstützung werden in den Fokus des Interesses rücken. Laut Einschätzung ist die Altenhilfe der Zukunft stärker standorträumlich organisiert und vernetzt. Verbundlösungen und integrierte Dienstleistungsentwicklung gewinnen an Bedeutung

Einsatz neuer Technologien

- Der Einsatz neuer Technologien beinhaltet neue Chancen und Herausforderungen für die Pflege. Bis jetzt haben neue Technologien nur schwer Einzug in die stationären Altenhilfeeinrichtungen gefunden. Die EDV-gestützte Pflegedokumentation setzt sich nun langsam durch. Allerdings besitzen nicht alle Pflegekräfte EDV-Kenntnisse. Diese werden auch nicht eingefordert.
- Zukünftige Entwicklungen sehen einige Expertinnen und Experten an den Beispielen des Projektes »AGNES« in Brandenburg und in dem Projekt Telehomecare NRW. Durch neue Technologien können in dem Feld der Fernüberwachung z.B. durch Sensortechnik neue Aufgabenfelder entstehen. Pflege könnte in solchen Settings u. a. Call-Center Aufgaben übernehmen
- Damit sich neue Technologien im Pflegesektor durchsetzen, müssen sie anwendungsfreundlich gestaltet sein. Damit sind die Fragen nach dem Nutzen für die Kundinnen und Kunden und für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Vordergrund zu stellen. Der Slogan müsste heißen: »Technik für die Pflege statt Technik in der Pflege«

Allgemeine Entwicklungstrends

- Laut Expertenaussage sehen sich die Altenhilfeträger zunehmenden restriktiven Rahmenbedingungen und einem zunehmenden Wettbewerb ausgesetzt. Dies macht eine Marktorientierung notwendig.
- Allerdings sind zur Zeit nach Einschätzung der Experten einige Punkte für die zukünftige Entwicklung des Altenhilfesektors nicht absehbar. Dazu gehören u.a. die Entwicklungen im Heimgesetz, die gesundheitspolitischen Rationalisierungsbestrebungen und die Auswirkungen der Novellierung des SGB XI.

- Es gibt ein Wissensdefizit in der Forschung, wie in der Ausbildung qualifiziert wird und wie vorgegebene Rahmencurricula in den Schulen umgesetzt werden. Darüber hinaus wird eine mangelnde politische Steuerung in der Ausbildung beklagt. Es gibt zur Zeit eine Vielfalt an Modellprojekten.
- Es werden Arbeits- und Arbeitsorganisationsanalysen in Einrichtungen benötigt. Dabei sollen Arbeitsprozesse analysiert werden und nicht nur Tätigkeiten

Welche Anpassungsqualifizierungen benötigen die Pflegekräfte?

Im Rahmen der Hausgemeinschaftskonzepte und neuen Wohnformen sind Aufgaben die Alltagsunterstützung, soziale Unterstützung und Prävention und Beratung sowie medizinische Aufgaben gefragt. Damit einher gehen Kompetenzen wie:

- Arbeitsorganisation
- Zeitmanagement
- Kompetenz individuelle Bedürfnisse zu erkennen und daraus neue Aufgaben und neue Prozesse daraus zu entwickeln. (Prozessorientierung und Prozessentwicklung)
- Ideen- und Innovationsmanagement
- Schnittstellenmanagement
- Dienstleistungsorientierung
- Anleitung und Beratung der Kolleginnen und Kollegen
- Denken in Konzepten und Prozessen
- Selbstmanagement

Die veränderte Bewohnerstruktur macht folgende Kompetenzen notwendig:

- Ausrichtung an der subjektiven Lebensqualität
- Kommunikations- und Beratungskompetenz
- Anleitungskompetenz

- Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Lebensstilen
- Behandlungspflege
- Pflegediagnostik
- Erhebung von geriatrischem Rehabilitationspotenzial; Prävention und Palliativ Care
- Kultursensible Pflege
- Ethisch-moralische Kompetenz
- Begründungskompetenz

Im Bereich der neuen Technologien sind laut Aussagen der Expertinnen und Experten folgende Kompetenzen notwendig:

- Kenntnisse über Informationstechnologie
- EDV-Kenntnisse
- Kenntnisse über Finanzierungs- und Refinanzierungsmöglichkeiten

6.2 Workshop mit Praktikerinnen und Praktikern

Vorgehensweise

Der Workshop mit den Praktikerinnen und Praktikern fand am 03. August 2007 statt. Von der Zielsetzung und Vorgehensweise war an den Workshop mit den Expertinnen und Experten angepasst.

Um die Fragestellung umfassend und breit zu bearbeiten, wurden Fachkräfte eingeladen, die bei unterschiedlichen Trägern arbeiten und verschiedene Positionen besetzen. Insgesamt nahmen an dem Workshop zwölf Personen (Pflegefachkräfte, Wohnbereichsleitung, Pflegedienstleitung) teil.

Ergebnisse

Welche Entwicklungstrends sind bereits heute für die Altenhilfe spürbar?

Veränderte Bewohnerstruktur

- Auch nach den Erfahrungen der Praktikerinnen und Praktiker hat sich die Bewohnerstruktur in den letzten Jahren verändert. Hier wurde vor allem die Zunahme der demenziell Erkrankten erwähnt, die neue Betreuungsformen wie z.B. segregative Dementenbetreuung und den Ausbau von Tagespflege notwendig machen. In diesem Zusammenhang wurde die steigende psychische und physische Belastung der Pflegekräfte und die damit verbundenen krankheitsbedingten Ausfälle durch den Anstieg der Anforderungen / Arbeitsverdichtung erwähnt.
- Laut Aussage der Praktikerinnen und Praktiker versuchen die Menschen so lange wie möglich zu Hause zu bleiben. Durch die damit verbundene Zunahme an Bewohnern mit multimorbiden Erkrankungen werden die Einrichtungen nach Aussage eines Teilnehmenden zum »Krankenhausersatz«.
- Gleichzeitig berichten die Praktikerinnen und Praktiker von einer Heterogenität der Bewohnerstruktur durch unterschiedliche Krankheitsbilder und Lebensstile. Das Aufgabenspektrum reicht daher von Prävention über rehabilitative Aufgaben bis hin zur Palliativversorgung. Die Pflegekräfte müssen in ihrer Pflegepraxis flexibel und spontan reagieren und sich auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner einstellen können. Hier ist ein Umdenken bezüglich des Pflegeverständnis und traditioneller Pflegemethoden beim Personal und bei den Angehörigen nötig.

- Praktikerinnen und Praktiker berichten auch, dass sich die Wünsche und Ansprüche der Angehörige verändert haben. Heutzutage sind die Angehörigen besser informiert und fragen z.B. nach der Fachkraftquote, Zusatzleistungen, Urlaub, Ergotherapie. Angehörigenarbeit (z. B. Information und Beratung) ist sehr wichtig geworden.
- Die veränderte Kundenstruktur schafft nach Ansicht der Teilnehmenden neue Arbeitsplätze, z.B. Case Management, Entlassmanagement

Entwicklung Wohnformen/Leistungsangebot:

- Auch die Praktikerinnen und Praktiker gehen davon aus, dass die Notwendigkeit zur Kooperation und Vernetzung steigt. Versorgungsbünde werden zukünftig die besten Marktchancen haben. Damit einher geht eine bessere Kooperation zwischen den Berufsgruppen.
- Wohnen in den eigenen vier Wänden in Verbindung mit neuen Technologien und Dienstleistungen wird zukünftig eine zunehmende Rolle spielen. In den Einrichtungen wird es nach Einschätzung in den nächsten Jahren aber auch zu einer Belebung von »alten« Wohnformen kommen. Gemeint ist damit eine Zunahme an Mehrbettzimmern aufgrund der geringen finanziellen Ressourcen der zukünftigen Bewohnerinnen und Bewohnern.
- Es wird davon ausgegangen, dass sich zwei Entwicklungstrends bei den Einrichtungen durchsetzen werden: »Alles unter einem Dach« und »spezialisierte Einrichtungen«. Davon abhängig sind auch die erforderlichen Kompetenzen und die Tätigkeitsfelder der Pflegenden. Sie reichen von der Intensivpflege bis hin zur Hilfe bei der Alltagsbewältigung.
- Durch die Einführung der Hausgemeinschaftskonzepte rückt zunehmend die Alltagsgestaltung in den Vordergrund. Die rein körperliche Versorgung rückt in den Hintergrund. Damit einher geht eine Veränderung der Personalstruktur und Aufgabenbereiche. In den Einrichtungen arbeiten jetzt schon vermehrt Servicekräfte. Nach Einschätzung der Teilnehmenden wird sich dieser Trend verstärken.
- Die spezialisierten und individualisierten Pflege- und Versorgungsformen bewirken u.U. in der Zukunft neue Arbeitszeitregelungen und das Arbeiten zu unüblichen Schichtzeiten. Eine gute Informationsweitergabe und Kommunikationsstruktur ist in solchen Versorgungssettings unerlässlich.

Entwicklung Berufsbild/Aufgabenspektrum

- Die unterschiedlichen Versorgungsformen haben nach Einschätzung der Praktikerinnen und Praktiker Auswirkungen auf die Personalstruktur. In diesem Zusammenhang wurde eine Ausdifferenzierung des Berufsbildes mit Spezialisierungstendenzen und die Entstehung des Niedriglohnssektors, die Einbindung der Akademikerinnen und Akademiker in die Berufspraxis diskutiert. Neue zukunftsorientierte Arbeitsplätze und Aufgabenfelder werden an den Schnittstellen der Sektoren entstehen z. B. Case Manager, Pflegeexperte.
- Wegen der Spezialisierung muss ein ganzheitliches Spektrum an Personal in der Einrichtung vorhanden sein.
- Das Pflegepersonal hat Durchführungsverantwortung. Das Management hat Organisations- und Personalverantwortung. Dazu gehören: Information und Transparenz, wiederholte Fortbildungen und Informationen, um dem »Organisationsvergessen« entgegen zu wirken, Fördern und Fordern, Pflegekräfte in Unternehmensprozesse mit einbeziehen

Einsatz neuer Technologien

- Nach Aussage der Teilnehmenden werden bereits zahlreiche technische Hilfen in den Einrichtungen eingesetzt, z. B. Funkfinger, Chipkarten, Sensormatten, große Telefone, Rufanlage, Gegensprechanlagen, sprechende Aufzüge mit großen Anzeigetafeln. Ausgangskontrolle bei demenziell Erkrankten. Der Einsatz von neuen Technologien wird von den meisten Teilnehmenden als hilfreich und als arbeitserleichternd eingeschätzt, allerdings darf Technik die Beziehungsarbeit nicht ersetzen. Die Teilnehmenden berichten von einer »Angst« der Kunden und des Pflegepersonals vor der neuen Technik und deren Bedienung.

Welche Anpassungsqualifizierungen benötigen die Pflegekräfte

Die veränderte Bewohnerstruktur macht nach Einschätzung der Praktikerinnen und Praktiker folgende Kompetenzen und Qualifizierungsbedarfe notwendig:

- Kenntnisse verschiedener Demenzkonzepte.
- Gerontopsychiatrische Kenntnisse
- Therapeutische Pflegekonzepte
- Behandlungspflege
- Pflegediagnostik
- Prävention / Information / Beratung
- Lernen, den Bedarf der Kunden einzuschätzen: Hermeneutik / Fallverstehen
- Komplexes Wissen erforderlich (z. B. Wundmanagement, Expertenstandards, Rahmenbedingungen)

Im Zusammenhang mit neuen Versorgungsformen wurden folgende Kompetenzen genannt:

- Work-Life-Balance: Wie manage ich Beruf und Freizeit?
- Wo und wie kann man Bewohnerinnen und Bewohner in den Alltag integrieren?
- Bereichsabhängig: Spanne von Intensivpflege bis Hilfe bei der Alltagsbewältigung
- Managementaufgaben / Organisation
- Berufs- und Gesetzeskunde / Berufspolitik

Entwicklung Berufsbild/Aufgabenspektrum

- Leitungskompetenzen, zum Beispiel Personalentwicklung
- Kommunikationsfähigkeit
- Anleitungskompetenzen

In Bezug auf neue Technologien wurde genannt:

- Qualifizierungsmaßnahmen nach dem Medizinproduktegesetz
- Technisches Verständnis vermitteln, Einweisung und Schulung in die Technik
- Sicherheitsüberprüfung von technischen Geräten
- Notwendig ebenfalls: Risikomanagement, Qualitätsmanagement – Ordner mit Notfallplänen, regelmäßige Einweisungen

Zum Thema Qualifizierung wurden noch allgemeine Angaben gemacht:

- Das Bewusstsein des Mitarbeiters bezüglich »lebenslanges Lernen« muss sich ändern. Die Bereitschaft muss wachsen, sich selbst auf dem Laufenden zu halten
- Schulen (Aus –u. Weiterbildung) bilden nicht richtig aus, z.B. werden in der Wohnbereichsweiterbildung zu wenige Führungskompetenzen vermittelt. Theorie und Praxis liegen zu weit auseinander. Sensibilisierung für »Lebenslanges Lernen« bereits in der Ausbildung
- Evaluation der Altenpflegeausbildung aber auch der einzelnen Fortbildungen ist erforderlich
- Evaluation notwendig
- Neue Konzepte für Personalführung und –entwicklung; Stärken und Schwächen der Beschäftigten müssen erkannt werden
- Praxisorientierte Weiterbildung von der Grundausbildung bis zur weiterführenden Aus –u. Fortbildung
- Die Qualifizierungsbedarfe hängen stark von der Ausrichtung der einzelnen Einrichtung bzw. des Versorgungssettings ab.

6.3 Interviews mit Expertinnen und Experten aus der Praxis

Vorgehensweise

Im Rahmen des Projektes wurde mit acht Personen, die in stationären Einrichtungen tätig sind, Interviews geführt. Diese hatten folgende Ziele:

- von Praktikerinnen und Praktikern konkrete Neuerungen und Entwicklungen in der Altenhilfe zu erfahren.
- Auswirkungen auf den Arbeitsalltag der Pflegefachkräfte aufgrund von Beobachtungen der in der Praxis Tätigen zu sammeln.
- Qualifizierungsbedarfe der Fachkräfte aus der Sicht der Praktikerinnen und Praktiker aufzunehmen.

Die Pflegefachkräfte hatten bereits einige Jahre Berufserfahrung, kamen aus verschiedenen Positionen (Heimleitung, Pflegedienst- bzw. Wohnbereichsleitung) und bei verschiedenen Trägern beschäftigt.

Die Interviews wurden in den Einrichtungen geführt. Die Einrichtungen waren entweder unter kirchlicher oder privater Trägerschaft. Grundlage waren zwei verschiedene teilstrukturierte Interviewleitfäden (siehe Anhang): Ein Interviewleitfaden war für Leitungskräfte in der Altenhilfe, der andere Leitfaden für Altenpflegefachkräfte. Die Strukturierung der Leitfäden war jeweils den Forschungsfragen des Projektes angelehnt.

Die Interviews wurden auf Tonbändern aufgezeichnet. Dafür gaben die Gesprächsteilnehmer schriftliche Einverständniserklärungen ab. Als Nachbereitung der Interviews wurden diese Tonbänder dann transkribiert und anhand der oben genannten Zielsetzung ausgewertet.

Ergebnisse der Interviews

Die Interviews wurden angelehnt an die Zielsetzung nach folgenden drei Bereichen ausgewertet:

- Entwicklungen und Trends in der Altenhilfe
- Auswirkungen auf den Arbeitsalltag der Altenpflegefachkräfte
- Erforderliche Qualifizierungsbedarfe aufgrund der beschriebenen Entwicklungen und Auswirkungen auf den Arbeitsalltag.

Entwicklungen und Trends in der Altenhilfe

Im ersten Teil der Interviews wurden die Gesprächspartnerinnen und –partner gebeten, über Entwicklungen und Veränderungen zu berichten, die sie in ihrem Arbeitsalltag wahrnehmen.

Hinsichtlich der Bewohnerstruktur wurde von den Interviewpartnerinnen und –partnern angegeben, dass die heutigen Bewohnerinnen und Bewohner älter sind als noch vor ein paar Jahren. Sie sind häufig schwerkrank und haben viele Begleiterkrankungen, insbesondere Demenzerkrankungen spielen eine große Rolle. Eng damit verbunden ist die Problematik, dass aufgrund der Einführung von Fallpauschalen Bewohnerinnen und Bewohner sehr früh aus den Krankenhäusern entlassen werden. Wenn es im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt zu Hause eine Versorgungslücke gibt, ist der Beschluss in ein Pflegeheim umzuziehen häufig keine bewusste Entscheidung mehr, sondern »aus der Not heraus« gefällt.

Die veränderte Bewohnerstruktur hat eine sinkende Verweildauer in den Einrichtungen sowie eine hohe Mortalitätsrate zur Folge. Die Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund sowie der Bewohnerinnen und Bewohner ohne Angehörigen nimmt nach Angaben der Interviewpartnerinnen und –partner zu.

Hinsichtlich der Rahmenbedingungen der Altenpflegeeinrichtungen wurde beschrieben, dass verstärkt gesetzliche Bestimmungen und Vorschriften zu beachten sind. Große Folgen hatte für die Einrichtungen die Einführung der Pflegeversicherung; der finanzielle Spielraum in der stationären Altenhilfe wurde kleiner.

Administrative Aufgaben nehmen unter anderem aufgrund geänderter Rahmenbedingungen zu. Hier wurde insbesondere die Pflegedokumentation erwähnt. Dieser Trend wurde von den Interviewpartnerinnen und –partnern unterschiedlich bewertet: Zum einen wurde bemängelt, dass aufgrund umfangreicher Dokumentation wenig Zeit für die »eigentliche« Pflege bleibt. Eine andere Sichtweise war, dass mit Hilfe der Dokumentation pflegerische Tätigkeiten transparent und nachweisbar werden.

Positiv bewertet das neue Altenpflegegesetz. Die Ausbildung der Altenpflegefachkräfte hat sich nach Angaben der Interviewten aufgrund des strukturierten Vorgehens verbessert.

In den Einrichtungen selbst wurden in den letzten Jahren vermehrt technische Lösungen sowohl bei der direkten Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner als auch bei der Pflegedokumentation eingeführt, beispielsweise die EDV-gestützte Pflegedokumentation oder Sturzmatten. Weitere Entwicklungen

in den Einrichtungen waren Veränderungen hinsichtlich der Betreuungsformen. So gaben einige der Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer an, dass sie in den letzten Jahren Tagesbetreuung oder Hausgemeinschaften für Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz eingerichtet haben bzw. Konzepte hierfür planen.

Weitere Entwicklungen waren in den Einrichtungen die Einführung von Expertenstandards, die Einführung von Bereichspflege sowie die Einführung von Qualitätsmanagement (DIN EN ISO 9001:2000, EFQM, IQD), was insgesamt als stärkere Professionalisierung der Altenpflege bewertet wurde.

Auswirkungen auf den Arbeitsalltag

Im zweiten Teil der Interviews wurden Auswirkungen der genannten Entwicklungen auf den Arbeitsalltag der Altenpflegefachkräfte erfragt.

Gravierend wirkt sich auf den Arbeitsalltag in den Einrichtungen die Tatsache aus, dass die Pflege aufgrund der zunehmend schwerkranken und multimorbiden Bewohnerstruktur aufwändiger wird. So müssen von den Altenpflegekräften vermehrt behandlungspflegerische Tätigkeiten durchgeführt werden.

Häufig sind direkte Absprachen mit den Bewohnerinnen und Bewohnern aufgrund der Schwere ihrer Erkrankungen nicht mehr möglich. Deshalb müssen oft Entscheidungen über Angehörige getroffen werden, die häufig auch schon älter sind und deshalb intensive Beratung benötigen. Die Entscheidungsfindung ist somit komplexer geworden.

Außerdem wurde genannt, dass heutige Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörige individuellere Bedürfnisse und Wünsche sowie höhere Ansprüche in verschiedenen Bereichen (z. B. Unterhaltung, Mahlzeiten, Tagesgestaltung) haben. Die stärkere Kunden- und Dienstleistungsorientierung hatte eine Änderung der Arbeitsorganisation und -abläufe und damit zum Teil eine Änderung der Dienstzeiten der Altenpflegefachkräfte zur Folge. Des Weiteren wurde angegeben, dass aufgrund der hohen Erwartungen von Angehörigen und Bewohnerinnen und Bewohnern zunehmend Konflikte entstehen.

Hinsichtlich der Umstrukturierung der Wohnkonzepte wurden unterschiedliche Auswirkungen angegeben: Zum einen werden weniger Pflegefachkräfte zur Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner beschäftigt, stattdessen werden verstärkt Alltagsbegleiter und andere Kräfte eingesetzt, die hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernehmen können. Eine andere Tendenz ist, dass Pflegefachkräfte verstärkt pflegefremde Tätigkeiten übernehmen, was häufig Konfliktpotential mit sich bringt.

Weitere Spannungen entstehen aufgrund des verstärkten Personalmix in den Einrichtungen: Hier wurde berichtet, dass es Schwierigkeiten bezüglich Absprachen, Arbeitsorganisation und Arbeitsverteilung gibt. Ständiger Personalmangel führt zu Stress im Arbeitsalltag und in der Freizeit aufgrund der ständigen Ab-rufbereitschaft.

Erforderliche Qualifizierungsbedarfe

Im dritten Teil der Interviews wurden die Interviewpartnerinnen und -partner mit Leitungsfunktion befragt, welche Qualifizierungsbedarfe sie bei ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sehen, die in der Pflege tätig sind. Die Alten-pflegefachkräfte wurden gebeten, darüber Auskunft zu geben, welche Anpassungsqualifizierungen aufgrund der genannten Entwicklungen und deren Auswirkung auf den Arbeitsalltag für sie hilfreich wären.

Hierbei war auffällig, dass besonders häufig Qualifizierungswünsche im Bereich der Selbstkompetenz und der sozialen Kompetenz angegeben wurden. Dabei wurden folgende Inhalte benannt:

- Stressbewältigung (Entspannungstechniken z. B. autogenes Training, die heilende Kraft der Musik, Weisheit des Körpers – Weisheit der Seele)
- Zeitmanagement
- Zielfindung

Im Bereich soziale Kompetenzen wurde Folgendes benannt:

- Dienstleistungs- und Kundenorientierung, professionelle Distanz zur Bewohnerin bzw. zum Bewohner
- Kommunikation: zum Beispiel Konfliktmanagement, Verhandlungskompetenzen mit Bewohnerinnen und Bewohnern, Angehörigen, Krankenkassen und anderen Berufsgruppen
- Anleitung von anderen Mitarbeitern

Jedoch wurden auch Qualifizierungsbedarfe in den Bereichen Fach-, Methoden und Medienkompetenz angegeben.

Bei der Fachkompetenz wurden folgende Inhalte als sinnvoll erachtet:

- Gerontopsychiatrische Kenntnisse (z. B. Umgang mit dementen Bewohnerinnen und Bewohnern)
- Rechtliche Kenntnisse (Personalschlüssel, Konflikte mit Bewohnerinnen und Bewohnern, Verantwortlichkeiten)
- Behandlungspflege (z. B. Wundversorgung, Tracheostoma, Schluckstörungen)
- Management- und Führungskompetenzen

Im Bereich der Methodenkompetenz wurde Arbeitsorganisation als hilfreicher Inhalt angegeben. Bei der Medienkompetenz wurde eine Erweiterung der EDV-Kenntnisse als notwendig erachtet.

6.4 Evaluationsworkshop

Vorgehensweise

Am 12. Februar 2008 fand der Evaluationsworkshop für das Projekt »Pflege 2015« statt. Er hatte zum Ziel, die erarbeiteten Thesen darzustellen und die aus dem Thesenpapier, den Workshops mit den Expertinnen und Experten, Praktikerinnen und Praktikern sowie den Interviews erarbeiteten Themenfelder für eine Anpassungsqualifizierung zu diskutieren. Um einen iterativen Prozess bei der Projektbearbeitung zu berücksichtigen, wurden zu dem Workshop Teilnehmende aus den bereits durchgeführten Workshops als auch Interviewpartnerinnen und Partner eingeladen.

Insgesamt haben neun Personen am Workshop teilgenommen. Davon war ein Teilnehmender aus dem Wissenschaftsbereich, zwei Teilnehmende aus Bildungseinrichtungen, zwei Teilnehmende von einem Träger der Altenhilfe bzw. Verband, zwei Pflegedienstleitungen, eine Pflegefachkraft und ein Gewerkschaftsvertreter.

Im Vorfeld wurden den Workshopteilnehmenden die Thesen und die Themenfelder für eine Anpassungsqualifizierung zugesandt.

Ergebnisse:

Die vorgestellten Thesen für die Entwicklungstrends in der Altenhilfe, wurden von den Teilnehmenden bestätigt. Ergänzungen gab es in dem Bereich soziodemographische Entwicklung. In diesem Zusammenhang wurde angemerkt, dass zukünftig zunehmend mehr Männer in den stationären Altenhilfeeinrich-

tungen zu versorgen sein werden. Angemerkt wurde auch, dass bis dato wenig Personen mit Migrationshintergrund in stationären Einrichtungen versorgt werden, sondern eher im ambulanten Bereich betreut werden.

Die Themenfelder für die Anpassungsqualifizierung wurde im Rahmen des Workshops ergänzt und diskutiert. Die Ergebnisse wurden in der Ausarbeitung der Handlungsempfehlungen aufgegriffen (siehe Kapitel 6).

- Es wurde festgestellt, dass trotz eines einheitlichen Ausbildungsgesetzes die Umsetzung vom jeweiligen Bildungsträger abhängig ist. Dadurch ist das Ausbildungsniveau und die Inhalte der Ausbildung sehr unterschiedlich. Es sind keine Standards festgelegt, so dass in der Praxis eine große Spannbreite an unterschiedlichem Können vorhanden ist.
- Momentan werden in der Fort- und Weiterbildung punktspezifisch Themen ausgewählt, zu denen geschult wird. Die Inhalte orientieren sich am aktuellen Bedarf der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Probleme gibt es momentan in der Vernetzung zwischen Theorie und Praxis. Auf die Frage, wie der Theorie-Praxis-Transfer erreicht werden kann, gibt das Projekt keine Antwort.
- Prinzipien, Strukturen und Intention von Instrumenten und Pflegehandlungen sollten in der Anpassungsqualifizierung vermittelt werden, mit dem Ziel, dass eine Transferleistung dieses Wissens auf unterschiedliche Pflegesituationen bzw. Instrumente erfolgen kann.
- »Lernen lernen« und Kenntnisse, wie die Pflegefachkräfte bestimmte Informationen erhalten können, wurde als weiterer Inhalt der Anpassungsqualifizierung vorgeschlagen.
- Im Workshop wurde die Frage aufgeworfen, ob die hohen Qualifikationsanforderungen aufgrund der Zugangsvoraussetzungen für den Altenhilfeberuf und aufgrund der geringen Bezahlung gerechtfertigt sind.

Die Ergebnisse und Diskussionen aus dem Evaluationsworkshop wurden in die im nächsten Kapitel aufgeführten Themenfelder für eine Anpassungsqualifizierung eingearbeitet.

7 Handlungsempfehlungen

Im Folgenden werden erste Handlungsempfehlungen abgeleitet. Dazu wird in einem ersten Schritt ein weit verbreitetes Kompetenzmodell vorgestellt. (vgl. Sonntag/Schaper 1992, 187; Oelke 1998, 44; Riehle 2004, 8 ff.) Anhand dieses Kompetenzmodells werden die Qualifikationsanforderungen und erforderlichen Kompetenzen bezüglich der Ergebnisse der Interviews und Workshops sowie der Thesen aufgezeigt. Die Kompetenzen werden im nächsten Schritt mit den Ausbildungsinhalten des Gesetzes über die Berufe in der Altenpflege abgeglichen und Differenzen dargestellt mit dem Ziel eine Fokussierung der Qualifikationsanforderungen zu erhalten.

Dieser erste Schritt entspricht dabei der Bildungsplanung eines Bildungsmanagementprozesses wie in unten stehender Abbildung dargestellt. Zu den Schritten »Durchführung«, »Transfersicherung« und »Erfolgskontrolle« werden in Bezug auf die erarbeiteten Ergebnisse mögliche Handlungsschritte aufgezeigt.

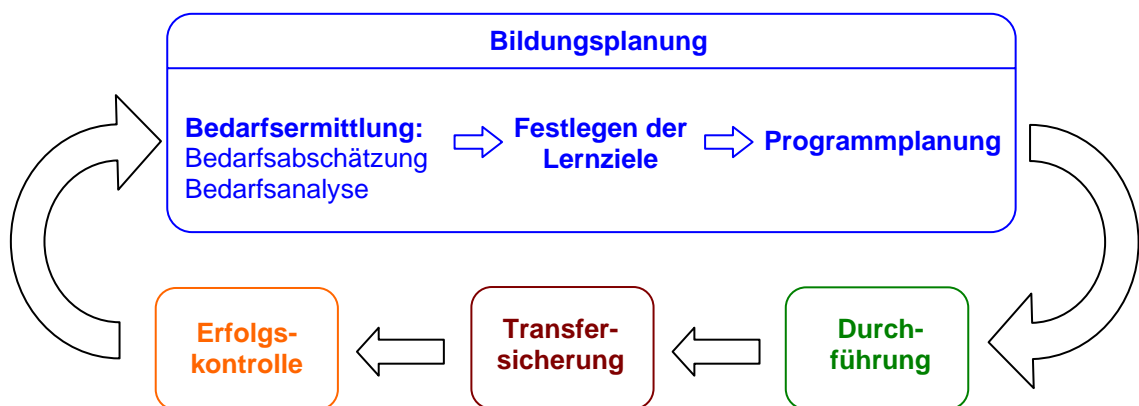


Abbildung 9: Der Bildungsmanagementprozess (angelehnt an Fredrich 2003, 125 ff. und Meier 2005, 414)

7.1 Kompetenzmodell

In der Literatur ist häufig eine Einteilung der beruflichen Handlungsfähigkeit in

- Fachkompetenz
- Methodenkompetenz
- Sozialkompetenz
- Personale Kompetenz

zu finden (vgl. Sonntag/Schaper 1992, 187; Oelke 1998, 44; Riehle 2004, 8 ff.). Diese Systematik wurde um den Aspekt der Medienkompetenz.

Folgende Abbildung veranschaulicht die Facetten des Kompetenzmodells.

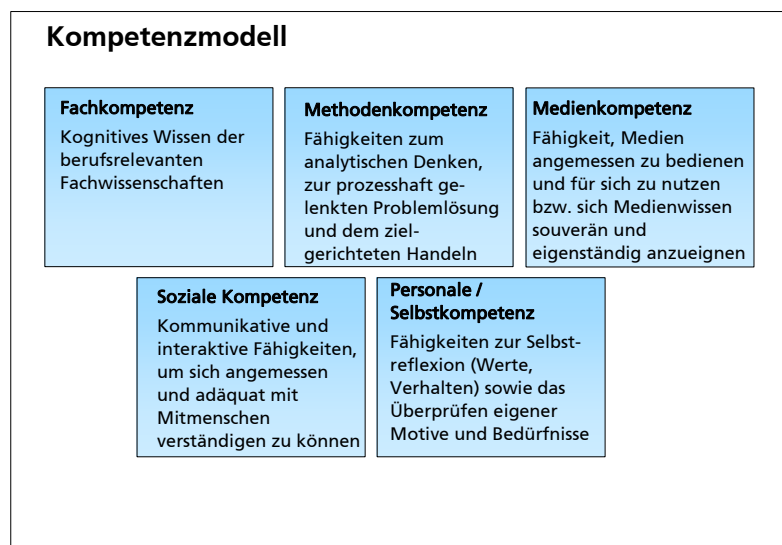


Abbildung 10: Kompetenzmodell

Die Einzelkompetenzen werden im Folgenden genauer definiert:

Fachwissen

Darunter wird das kognitive Wissen der berufsrelevanten Fachwissenschaften verstanden. Dieses Wissen braucht eine sinnvolle Verknüpfung, einen gewissen Abstraktionsgrad und Komplexität. Um dieses Wissen im Arbeitsprozess sinnvoll einzusetzen, werden methodische, soziale und personale Kompetenzen benötigt.

Methodenkompetenzen

beinhalten die Fähigkeiten zum analytischen Denken, zur prozesshaft gelenkten Problemlösung und dem zielgerichteten Handeln auch im Hinblick darauf, Entscheidungsprozesse verantwortungsbewusst zu gestalten. Die Fähigkeit, strategisch zu planen und zu handeln ist für den Arbeitsalltag ebenso erforderlich, wie die Fähigkeit, Aufgabenbereiche kompetent und verantwortungsvoll zu delegieren. Methodenkompetenz ist eine wichtige Voraussetzung, um entsprechend mit Fachwissen umgehen zu können.

Methodenkompetenzen befähigen auch in komplexen Situationen zu zielgerichtetem, prozess- und lösungsorientiertem Arbeiten und schließen konzeptionelle Fertigkeiten und aufgabenorientierte Fähigkeiten mit ein:

- Analytische Fähigkeiten zur Analyse und Reflexion ablaufender Prozesse
- Problemlösungsfähigkeit zur strukturierten und konstruktiven Problembearbeitung
- Entscheidungsfähigkeit sowohl speziell auch im strategischen Sinn als auch bei der täglichen Arbeit
- Organisationsfähigkeit zum Verständnis von Gesamtzusammenhängen und zur Planung und Umsetzung von Abläufen unter integrativen Gesichtspunkten
- Delegationsfähigkeit zur sinnvollen und vollständigen Übertragbarkeit von Aufgaben- und Kompetenzbereichen mit entsprechender Entscheidungsbefugnis an die jeweilig zuständige Personen
- Moderationsfähigkeit zur effektiven Gestaltung von Prozessen und der Präsentation von Ergebnissen
- Pädagogisch-didaktische Fähigkeiten zur effektiven Initiierung und Gestaltung von Lernprozessen

Soziale Kompetenzen

befähigen dazu, kompetent mit anderen Menschen umzugehen. Folgende Fähigkeiten werden den sozialen Kompetenzen zugeordnet:

- Kommunikationsfähigkeit um möglichst kongruent und wertschätzend in Interaktion zu treten und auf der Basis von Offenheit und Vertrauen einen konstruktiven Informationsaustausch zu ermöglichen, in dem Sach- und Beziehungsaspekte gleichermaßen Berücksichtigung finden
- Teamfähigkeit um ein soziales Klima von gegenseitigem Respekt aufzubauen und dadurch zielgerichtetes Arbeiten zu ermöglichen
- Kooperationsfähigkeit um zielgerichtet Arbeitsbeziehungen zu schaffen, in denen die Gesamtpotentiale genutzt werden, ein soziales Klima von gegenseitigem Respekt aufbauen zu können und dadurch zielgerichtetes Arbeiten zu ermöglichen
- Konfliktfähigkeit um Konfliktfelder zu analysieren und abstrahieren zu können, situativ Konflikte erkennen und bewerten zu können und konstruktiv zu Konfliktlösungen beizutragen, indem gemeinsam Handlungsalternativen entwickelt und reflektiert werden

Personale Kompetenzen

beinhalten die Fähigkeiten zu kritischer Selbstreflexion in Bezug auf Werte, Einstellungen und Verhalten, zum Überprüfen eigener Motive und Bedürfnisse innerhalb des Berufsfeldes sowie zur konstruktiven Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Normen hinsichtlich ethischer Grundhaltungen. Personale Kompetenz bedeutet, sich kritisch und distanziert mit der eigenen Rolle auseinander zu setzen und die Fähigkeit zu angemessenem Selbstmanagement.

Selbstmanagement ist eine Qualifikation, die den kompetenten Umgang mit sich selbst ermöglicht und zwar dahingehend, dass der Einzelne sich reflektierend mit sich auseinandersetzt, eine individuelle Wertehaltung und ein individuelles Selbstbild entwickeln kann. Außerdem bedeutet Selbstkompetenz die Fähigkeit, sich weiterzuentwickeln sowie der Erwerb von Beurteilungsfähigkeit.

Der kompetente Umgang mit sich selbst bildet die Voraussetzung, um mit den Mitmenschen kompetent umgehen zu können. Das bedeutet, das bewusste Wahrnehmen eigener Grenzen und Möglichkeiten, eigener Fähigkeiten und eigener Motive und deren Überprüfung im biographischen und kontextuellen Sinne:

- Fähigkeit zur Selbstreflexion um sich selbstkritisch im Denken, Fühlen und Verhalten (auch im Umgang mit anderen) zu überprüfen; damit Wechselwirkungen im Beziehungsgeschehen zu beleuchten und kon-

struktiv zu bearbeiten unter Berücksichtigung eigener Möglichkeiten und Grenzen und somit gelungener Akzeptanz der eigenen Person

- Fähigkeit zum Selbstmanagement um auf das eigene Wohlergehen zu achten, ein gesundes Verhältnis zwischen Arbeit und Freizeit zu entwickeln und nötigenfalls Unterstützung einzufordern. Des Weiteren beinhaltet es die Fähigkeit, Prioritäten zu setzen und ökonomisch sinnvoll mit der eigenen Kraft umzugehen
- Fähigkeit zur Rollendistanz um sich der eigenen Rolle bewusst zu sein, um Rollenkonflikte zu verstehen und konstruktiv bearbeiten zu können. Das bedeutet, bewusstes Wahrnehmen von Rollenerwartungen durch sich selbst und andere und die Ausdifferenzierung des eigenen Rollenverhaltens (vgl. Riehle 2004, 8ff.)

Medienkompetenz

In den letzten Jahren hat der Einsatz von Medien und Technik an Bedeutung gewonnen und es ist zu erwarten, dass sich diese Tendenz fortsetzt (vgl. Thesenpapier, Kapitel 5). Da der Stellenwert der Technik bislang in den Kompetenzprofilen und auch in der Arbeitsorganisation zu wenig berücksichtigt wurde, wird im Projekt »Pflege 2015« bewusst die Medienkompetenz als separate Kompetenz beruflicher Handlungsfähigkeit mit aufgenommen. Medienkompetenz bezeichnet dabei die Fähigkeit des Menschen, die Medien angemessen zu bedienen und für sich zu nutzen, beziehungsweise sich situativ konkretes Medienwissen souverän und eigenständig anzueignen (vgl. Meyers Lexikon 2008, 1).

Dieses Kompetenzmodell dient dazu, die aus der Literaturanalyse und den empirischen Arbeiten abgeleiteten Kompetenzen zu zuordnen, um damit zum einen Parallelen und Abweichungen zu erkennen, zum anderen die Handlungsempfehlungen abzuleiten.

7.2 Abgeleitete Kompetenzanforderungen aus den Ergebnissen von Pflege 2015

Die im Rahmen des Projektes Pflege 2015 erarbeiteten Anforderungen an die Anpassungsqualifizierungen wurden sowohl anhand des Kompetenzmodells als auch anhand der untersuchten Thesen (vgl. Anhang) geclustert.

Zusammenfassend werden die Hauptelemente der genannten Kompetenzanforderungen aufgezeigt:

Fachkompetenzen

- Behandlungspflege (insbesondere Wundversorgung, Pflege bei Tracheostoma, neue Therapien)
- Krankheitslehre
- Pflegediagnostik
- Gerontopsychiatrische Kenntnisse
- Palliative Pflege
- Aktivierende Pflege
- Prävention/Gesundheitsförderung zum einen für die Bewohnerinnen und Bewohner, zum anderen für die Pflegekräfte
- Rehabilitation
- Fachsprache, Pflegedokumentation für Pflegekräfte mit eingeschränkten Deutschkenntnissen
- Datenschutz und Datensicherheit sowie Datenmanagement und Datenauswertung
- Kultursensible Pflege
- Organisation von Alltagsbegleitung
- Kenntnisse über angrenzende Versorgungsangebote

Methodische Kompetenzen

- Hermeneutisches Fallverstehen

- Arbeitsorganisation, Organisationswissen
- Prozesswissen und -orientierung
- Planungs- und Steuerungswissen, sektorenübergreifende Prozesssteuerung
- Management- und Führungskompetenzen
- Assessmentverfahren
- Qualitätsmanagement
- Schnittstellenmanagement
- Lernen lernen
- Ideen- und Innovationsmanagement

Medienkompetenzen

- Technisches Verständnis entwickeln und Umgang mit neuen Technologien
- Grundlagen und Erweiterung der EDV-Kenntnisse, Kenntnisse über Informations- und Kommunikationstechnologien
- ePflergedokumentation
- eArztbrief, eRezept
- Kenntnisse über Finanzierungs- und Refinanzierungsmöglichkeiten von technischen Hilfen
- Informationsbeschaffung und -verarbeitung

Soziale Kompetenzen

- Anleitungskompetenz (für Kolleginnen und Kollegen, Präsenzkräfte, Ehrenamtliche)
- Interdisziplinäre Teamarbeit, Teamfähigkeit
- Delegieren und Überprüfen

- Kultursensible Pflege (sowohl für die Bewohnerinnen und Bewohner als auch für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund)
- Kommunikation zum Erhalt der Selbstständigkeit und Autonomie der Bewohnerinnen und Bewohner / Nähe und Distanz
- Kunden-/Serviceorientierte Kommunikation
- Teamfähigkeit
- Beratungskompetenz
- Verhandlungskompetenz
- Konfliktmanagement
- Leitungskompetenz
- Mediale Kommunikation

Personale Kompetenzen

- Ethische Fragestellungen (berufsethisch und bzgl. Telecare/ Telemo- nitroing)
- Stressbewältigung
- Work-Life-Balance
- Dienstleistungsorientierung
- Selbstmanagement
- Zeitmanagement
- Selbstreflexion und Trainings für Notsituationen
- Auseinandersetzung mit Lebensstilen
- Flexibilität
- Interdisziplinäre Kooperationsbereitschaft
- Verständnis für Qualitätsmanagement

Werden die Kompetenzanforderungen auf die vier Thesen herunter gebrochen, stellen sich die Anforderungen folgendermaßen dar:

These 1: Veränderungen in der Bewohnerstruktur

Hier werden in erster Linie die oben genannten Fachkompetenzen aufgeführt. Bei den Methodenkenntnissen spielt als einzige das hermeneutische Fallverstehen, das Lernen den Bedarf des Kunden einzuschätzen eine Rolle. Erforderliche soziale Kompetenzen sind die Anleitungskompetenz, Beratungskompetenz, Kommunikation für den Erhalt der Selbstständigkeit und mit Angehörigen in Notsituationen, professionelle Distanz zu den Bewohnerinnen und Bewohnern, Konfliktmanagement und kultursensible Pflege. Bei den personalen Kompetenzen liegt der Fokus auf ethischen Fragestellungen, Stressbewältigung und Selbstreflexion und Trainings für Notsituationen.

These 2: Veränderungen in der Personalstruktur

Die aufgeführten fachlichen Kompetenzen umfassen die Prävention und Gesundheitsförderung für Pflegekräfte sowie deutsche Sprache, Fachsprache und Dokumentation für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund. Die Anforderungen bei den Methodenkompetenzen sind Zeitmanagement, Organisations- und Prozesswissen, Planungs- und Steuerungskompetenzen sowie Management- und Führungskompetenzen. Dazu gehört auch die Anforderung und das Lernen zu lernen. Die aufgeführten sozialen Kompetenzen sind Anleitungskompetenz, Delegieren und Überprüfen, Beratungskompetenz, Kommunikation(sfähigkeit), Teamfähigkeit. Bei den personalen Kompetenzen werden Stressbewältigung, Work-Life-Balance und die Kooperationsbereitschaft aufgeführt.

These 3: Veränderte Wohnformen und Versorgungsstrukturen

Abgeleitete und geforderte Fachkompetenzen umfassen Berufs- und Gesetzeskunde, Angehörigenarbeit, Information und Vermittlung von Hilfen bis hin zur Wohnberatung sowie Wissen, wie man Bewohnerinnen und Bewohner in den Alltag integrieren kann. Bei den Methodenkompetenzen werden Organisation, Prozesswissen und Managementaufgaben sowie Schnittstellen- und Ideen- und Innovationsmanagement genannt. Gewünscht wird auch die Kompetenz, individuelle Bedürfnisse zu erkennen und daraus neue Aufgaben und Prozesse zu entwickeln.

Bei den sozialen Kompetenzen werden Beratungs- und Anleitungskompetenzen für die Kolleginnen und Kollegen, aber auch für Präsenzkräfte und Ehrenamtliche genannt sowie die serviceorientierte Kommunikation. Dienstleistungsorientierung, Flexibilität und das Denken in Prozessen.

These 4: Technologische Innovationen

Bei den fachlichen Qualifikationen spielen Datenschutz und Datensicherheit, Datenmanagement und die Datenauswertung sowie die Beratung im Bereich Telecare / Telemonitoring eine Rolle. Weiterhin werden Qualifizierungsmaßnahmen nach dem Medizinproduktegesetz und Sicherheitsüberprüfung von technischen Geräten von den Praktikern aufgeführt. Hilfreiche Methodenkompetenzen sind Qualitätsmanagement sowie Organisations- und Prozesswissen. Die genannten Medienkompetenzen decken das gesamte oben genannte Spektrum ab: von der Vermittlung eines technischen Verständnisses, den Grundkenntnissen bis hin zu erweiterten EDV-Kenntnissen und Informations- und Kommunikationstechnologien, über elektronische Pflegedokumentation, eRezept und eArztbrief bis hin zu Kenntnissen über Finanzierungs- und Finanzierungsmöglichkeiten. Bei den sozialen Kompetenzen kann das Wissen, wie mediale Kommunikation gestaltet wird z.B. bei Telecare relevant sein. Bei den personalen Kompetenzen spielen ethische Fragestellungen bzgl. Telecare/Telemonitoring eine Rolle.

Nach einem Abgleich der Ergebnisse aus den Workshops und Interviews und den Ausbildungsinhalten zeigt sich, dass viele der erarbeiteten Qualifizierungsbedarfe für Altenpflegefachkräfte bereits in der Ausbildung vermittelt werden (sollen). Qualifizierungsbedarfe, die über die Ausbildungsinhalte hinausgehen, sind:

- im Bereich Fachkompetenz: die (komplexe) Behandlungspflege
- im Bereich Methodenkompetenz: Managementaufgaben / Organisationskompetenzen, Ideen- und Innovationsmanagement
- im Bereich Medienkompetenz: Fragestellungen zum Umgang und Beratung bezüglich neuer Technologien Telecare / Telemonitoring).
- im Bereich Soziale Kompetenz: mediale Kommunikation
- im Bereich Personale / Selbstkompetenz: Ethische Fragestellungen bezüglich Technikeinsatz

7.3 Empfehlungen für die Durchführung von Anpassungsqualifikationen

Im Folgenden werden vier Vorschläge für Maßnahmen zur Anpassungsqualifizierung vorgeschlagen, die für die oben aufgezeigten Entwicklungen und Anforderungen qualifizieren.

- Palliative Care
- Hermeneutisches Fallverstehen am Fallbeispiel der Versorgung von Bewohnern mit Dekubitus
- Serviceorientiertes Kommunizieren, Anleiten und Beraten
- Neue Technologien in der Pflege

7.3.1 Palliative Care

Eine Anpassungsqualifizierungsmaßnahme im Bereich Palliative Care erscheint vor allem vor dem Hintergrund der hohen Sterblichkeit in Pflegeeinrichtungen sinnvoll. Eine solche Maßnahme soll dazu qualifizieren, Palliative Pflege in ihrem Gesamtkontext, dem Zusammenspiel mit anderen Berufsgruppen und Institutionen zu sehen. Mit einer solchen Maßnahme wird angestrebt, dass minimale Standards für ein würdevolles Sterben von allen Bewohnern und Bewohnerinnen umgesetzt werden. Mit der Methode der Fallbesprechung sollen Good-Practice-Standards für den Umgang mit Leben und Tod und die Gestaltung des Abschiedsprozesses erarbeitet werden.

Zielsetzung der Anpassungsqualifizierung »Palliative Care«

Die Teilnehmenden kennen die Gründe des strukturellen Wandels und erhalten einen Überblick über die palliative Versorgung in der Region. Sie erkennen die verschiedenen Stadien des letzten Lebensabschnitts und wissen um die damit einhergehenden Bedürfnisse. Vermittelt werden die rechtlichen Grundlagen rund um Palliative Care wie z.B. Patientenverfügung. Geübt wird der Umgang mit Notsituationen und die Kommunikation mit dem Betroffenen und Angehörigen.

Mögliche Inhalte:

- Struktureller Wandel der Bewohnerstrukturen in der Altenhilfe und die Hintergründe
- Multidisziplinäre Kooperation
- Schnittstellenkommunikation und –dokumentation

- Einbindung von Angehörigen
- Rechtliche Grundlagen
- Stadien des Sterbeprozesses
- Ethische Fragestellungen
- Schmerzmanagement
- Pflege von Sterbenden /Akzeptanzförderung im Begreifen und Loslassen des eigenen Lebens
- Übung von Notsituationen
- Übung: Kommunikation mit Angehörigen
- Umgang mit Leben und Tod in der Einrichtung, insbesondere im Hinblick auf unterschiedliche Religionszugehörigkeit
- Gestaltung des Abschiedsprozesses / Rituale

Mögliche Vermittlungsformen:

- Theorie-Input
- Fallbesprechungen
- Übungen
- Gruppenarbeit

Dauer:

- 3 Tage

7.3.2 Hermeneutisches Fallverstehen am Fallbeispiel der Versorgung von Bewohnern mit Dekubitus

Zielsetzung der Anpassungsqualifizierung »Hermeneutisches Fallverstehen« ist es, dass Pflegefachkräfte ihr Wissen und ihre Kompetenzen auf unterschiedliche Fälle und Situationen übertragen können. Anhand des Themas »Versorgung von Bewohnern mit Dekubitus« sollen hier methodische, soziale und personale Kompetenzen erprobt werden.

Die Methodik kann auf die unterschiedlichsten pflegerelevanten Fachthemen angepasst werden. Beispielhaft erfolgt dieses im letzten Teil der Qualifizierungsmaßnahme.

Mögliche Inhalte:

- Theorie-Input: Hermeneutisches Fallverstehen
- Fallbeispiel: Versorgung eines Bewohners mit Dekubitus
- Umsetzung des Expertenstandards in der Einrichtung bzw. den Einrichtungen der Teilnehmenden, Good-Practice
- Multidisziplinäre Kooperation
- Schnittstellenkommunikation und –dokumentation
- Einbindung von Angehörigen
- Rechtliche Grundlagen
- Fallbesprechung: Assessment-Verfahren
- Fallbesprechung: Pflege eines Bewohners mit Dekubitus
- Übertragbarkeit der Methode des hermeneutischen Fallverstehens auf eine andere pflegerische Aufgabe

Methoden:

- Theorie-Input
- Fallbesprechungen
- Gruppenarbeit

Dauer:

- 3 Tage

7.3.3 Serviceorientiertes Kommunizieren, Anleiten und Beraten

Mit dieser Anpassungsqualifizierung soll auf den zu erwartenden Personalmix (Pflegefachkräfte, Präsenzkkräfte, Hauswirtschaftskräfte, Ehrenamtliche, etc.) und die Kooperation mit diesen unterschiedlichen Gruppen insbesondere im Zuge der neuen Versorgungs- und Wohnformen qualifiziert werden. Zielsetzungen der Anpassungsqualifizierung »Serviceorientiertes Kommunizieren, Anleiten und Beraten« sind das Kennen lernen der Ursachen des strukturellen Wandels in der Altenpflege und der Überblick der zurzeit sich entwickelnden Wohn- und Versorgungsformen zu erhalten. Die Teilnehmenden kennen die wesentlichen Entwicklungen und ihre Akteure sowie die gesetzlichen Grundlagen. Anhand von praktischen Übungen werden Kommunikationsformen erprobt und Good-Practice für Kommunikationsstrukturen erarbeitet.

Mögliche Inhalte:

- Struktureller Wandel und seine Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen und Wohnkonzepte in der stationären Altenpflege
- Moderne Führungskonzepte
- Multidisziplinäre Kooperation
- Serviceorientierte Kommunikation
- Schnittstellenkommunikation und –dokumentation
- Einbindung von Angehörigen
- Rechtliche Grundlagen
- Fallbeispiel: Serviceorientierte Kommunikation / Lernen von den anderen
- Übungen zur serviceorientierten Kommunikation
- Fallbeispiel: Etablieren von effektiven Kommunikationsstrukturen
- Beurteilung der Ergebnisqualität
- Strukturen / Prozesse planen für qualitätsorientiertes Arbeiten

Methoden:

- Theorie-Input
- Fallbesprechung
- Rollenspiele, Kommunikationsübungen
- Gruppenarbeit

Dauer:

- 3 Tage

7.3.4 Neue Technologien in der Pflege

Zielsetzung dieser Anpassungsqualifizierung »Neue Technologien in der Pflege« ist es, den Teilnehmenden die heutigen und zu erwartenden technologischen Veränderungen aufzuzeigen und Akzeptanzförderung für geplante Veränderungen zu erreichen. Deshalb ist diese Qualifizierungsmaßnahme als vorbereitende Sensibilisierung für das Thema lediglich für einen Tag gedacht. Daran müssen sich dann einrichtungsspezifische Maßnahmen anschließen. Die Teilnehmenden erhalten einen Überblick über die Spannbreite der technologischen Entwicklungen im pflegerischen Bereich. Sie erkennen die Auswirkungen und Anforderungen an die Arbeitsorganisation und Prozessgestaltung. Sie werden mit den Datenschutz und Datensicherheitsaspekten vertraut gemacht. Anhand von praktischen Übungen können die Teilnehmenden neue Technologien erproben.

Mögliche Inhalte:

- Überblick über die technologischen Entwicklungen in der Pflege
- Die Bedeutung von neuen Technologien für die Arbeitsprozesse in der Pflege
- Rechtliche Grundlagen von Datenschutz und Datensicherheit: Was bedeutet das konkret für die Arbeit als Pflegefachkraft?
- Ethische Fragestellungen
- Erprobung von neuen Technologien z.B. elektronische Pflegedokumentation, Sturzmatten etc.
- Auswertung technologischer Daten und ihre Bedeutung für die pflegerische Arbeit
- Reflexion der Bedeutung der Technologien, Vor- und Nachteile und Auswirkungen auf den Arbeitsprozess

Methoden:

- Theorie-Input
- Praktisches Zeigen und Erproben neuer Technologien im pflegerischen Kontext
- Übungen

Dauer:

- 1 Tag
- im Anschluss: z.B. einrichtungsspezifische Qualifizierungsmaßnahmen z.B. für die Einführung der elektronischen Pflegedokumentation

Der Rahmen, in dem diese Anpassungsqualifizierungen stattfinden können, hängt stark von der Bereitschaft der Träger und der anbietenden Bildungsträger ab. Heute kaufen sich Träger zunehmend punktgenaue Qualifizierungsmaßnahmen vor Ort ein. Hier spielt sicher eine Vielfalt von Gründen eine Rolle:

- Sehr hohe Teilzeitquote der in der Pflege beschäftigten Menschen
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf.
Um Frauen mit Kindern die Teilnahme an Qualifizierungsmaßnahmen zu erleichtern (oder häufig sogar erst zu ermöglichen), empfiehlt es sich, diese in die Arbeitszeit und räumlichen Strukturen des Betriebes einzubinden
- Nachhaltigkeit von Qualifizierungsmaßnahmen, wenn pflegerische Aktivitäten direkt vor Ort (sozusagen am Bett) mit den Bewohnern und Bewohnerinnen durchgeführt werden
- Kostengründe

Bei der Gestaltung der oben vorgeschlagenen Qualifizierungsmaßnahmen sind diese Aspekte zu berücksichtigen.

So können beispielsweise die dreitägigen Maßnahmen halbtags oder ganztags über einen bestimmten Zeitraum angeboten werden, um den Anforderungen Teilzeitbeschäftigter oder auch speziellen Rahmenbedingungen entgegenzukommen.

Im Folgenden wird für jede der oben genannten Anpassungsqualifizierungen ein Rahmen für die möglichen Strukturen aufgezeigt. Für die Qualifizierungsmaßnahmen »Palliative Care« und »Hermeneutisches Fallverstehen« scheinen die Rahmenbedingungen vergleichbar. Beide Maßnahmen könnten im unten dargestellten Kontext realisiert werden.

Palliative Care Hermeneutisches Fallverstehen	Einrichtungsbezogen	Einrichtungsübergreifend	Versorgungskette
Ort der Qualifizierungsmaßnahme	In einer Pflegeeinrichtung	Bei einem Bildungsträger	Kann flexibel gestaltet werden
Zielgruppen	Pflegefachkräfte aus einer stationären Einrichtung	Pflegefachkräfte aus verschiedenen stationären Pflegeeinrichtungen	Pflegefachkräfte aus verschiedenen Einrichtungen der Versorgungsstruktur (KH, stationäre, ambulante Pflege)
Abstimmung der Ziele	Punktgenau auf die Einrichtung	Eher übergreifender Ansatz	Abgestimmt auf die Versorgungsregion
Anforderungen an den Bildungsträger	Reguläre Bildungsmaßnahme	Reguläre Bildungsmaßnahme	Qualifizierungsmaßnahme mit Projektcharakter

Große Nachhaltigkeit in einer Region kann über Qualifizierungsmaßnahmen mit Projektcharakter erzielt werden.

Neben der regulären Bildungsmaßnahmen kann eine pflegerische Thematik aufgegriffen werden, um eine Konzeption für die Region zu erarbeiten. Erforderlich ist dann allerdings auch die Einbindung der Leitungsebene und anderer Berufsgruppen. Eine projektförmige Anlage bietet z.B. für Bildungsanbieter (auch in Kooperation mit Forschungseinrichtungen und Hochschulen) einen Rahmen, um Veränderungsprozesse zu moderieren, bis hin zur wissenschaftlichen Begleitung, Transfersicherung durch (politisch gewollte) Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen und Evaluation hinsichtlich der Zielsetzungen.

Serviceorientiertes Kommunizieren, Anleiten und Beraten	Einrichtungsbezogen	Einrichtungsübergreifend	Versorgungskette
Ort der Qualifizierungsmaßnahme	In einer Pflegeeinrichtung	Bei einem Bildungsträger	Bei einem Bildungsträger
Zielgruppen	Pflegefachkräfte aus einer stationären Einrichtung	Pflegefachkräfte aus verschiedenen stationären Pflegeeinrichtungen	Pflegefachkräfte aus verschiedenen Einrichtungen (stationär, ambulant)
Abstimmung der Ziele	Punktgenau auf die Einrichtung	Eher übergreifender Ansatz	Eher übergreifender Ansatz
Anforderungen an den Bildungsträger	Reguläre Bildungsmaßnahme	Reguläre Bildungsmaßnahme	Reguläre Bildungsmaßnahme mit Potenzial für eine Qualifizierungsmaßnahme mit Projektcharakter

Diese Bildungsmaßnahme ist im ersten Schritt als reguläre Maßnahme konzipiert. Sie hat allerdings auch das Potenzial in der Versorgungskette als Qualifizierungsmaßnahme mit Projektcharakter angeboten zu werden. Dieses empfiehlt sich speziell dann, wenn in der Region oder an diesem Standort vernetzte Strukturen und neue Versorgungskonzepte geplant und aufgebaut werden.

Neue Technologien	Einrichtungsbezogen	Einrichtungsübergreifend	Versorgungskette
Ort der Qualifizierungsmaßnahme	In einer Pflegeeinrichtung oder in einem Demozentrum	Bildungsträger oder in einem Demozentrum	Bildungsträger oder in einem Demozentrum
Zielgruppen	Pflegefachkräfte aus einer stationären Einrichtung	Themenabhängig (z.B. Einführung eRezept, eArztbrief) Pflegefachkräfte, ggf. andere Akteure	Themenabhängig (z.B. Einführung eRezept, eArztbrief) Pflegefachkräfte und andere Akteure (z.B. Apotheker, Ärzte, etc.)
Abstimmung der Ziele	Punktgenau auf die Einrichtung	Eher übergreifender Ansatz	Eher übergreifender Ansatz
Anforderungen an den Bildungsträger	Reguläre Bildungsmaßnahme	Reguläre Bildungsmaßnahme	Reguläre Bildungsmaßnahme mit Potenzial als Qualifizierungsmaßnahme mit Projektcharakter

Diese Bildungsmaßnahme ist eintägig konzipiert, da sie als akzeptanz- und verständnisfördernde Maßnahme vor weiteren Schulungsmaßnahmen im Prozess der Einführung neuer Technologien vorgeschaltet wird. Um die technologischen Entwicklungen beispielhaft veranschaulichen zu können, empfiehlt sich die Zusammenarbeit mit entsprechenden Demonstrationszentren, Messeveranstaltungen bzw. Herstellern.

Bei regionalen bzw. standortspezifischen Prozessen wie z.B. die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte mit einem Servicespektrum, das den eArztbrief und/oder das eRezept umfasst, sind hier Qualifizierungsmaßnahmen mit Projektcharakter denkbar.

Nachhaltigkeit der vorgeschlagenen Maßnahmen

Eine der wesentlichen Fragen ist die der Nachhaltigkeit angebotener Bildungsmaßnahmen. Nachhaltigkeit bezieht sich hier einmal auf

- Die Frage der Durchführung:
Werden Bildungsanbieter die vorgeschlagenen Impulse aufgreifen und umsetzen?
- Die Frage des Transfers:
Wird die Frage der Durchführung positiv beantwortet, stellt sich die Frage des Transfers. Kann das Erlernte in die Praxis umgesetzt werden, ist eine zentrale Frage, die prinzipiell nur über entsprechende Evaluationsmaßnahmen beantwortet werden kann.
- Die Frage des Stellenwertes von Anpassungsqualifizierungen im Rahmen der geplanten europäischen Entwicklungen wie den Europäischen Qualifikationsrahmen und ECVET.

Im Folgenden werden die Zielsetzungen und Überlegungen des Europäischen Qualifikationsrahmens dargestellt.

Der Europäische Qualifikationsrahmen EQF mit dem ECVET System (European Credit System for Vocational Training) soll einen konkreten Beitrag zum lebenslangen Lernen geben. Ziele der geplanten Einführung von ECVET sind,

- Die Mobilität von Personen in Ausbildung auf ihrem eigenen Bildungs- und Berufsbildungsweg zu erleichtern und zwar sowohl national als auch international und damit die geographische und berufliche Mobilität und Karriere zu fördern und voranzubringen
- Mit ECVET soll die Integration aller möglichen Bildungsformen (formale, nicht-formale und informale) erleichtert werden und damit Transparenz

und Anerkennung der erreichten Ergebnisse sowohl innerhalb als auch zwischen den jeweiligen Bildungs- und Berufsbildungssystemen erreicht werden (Europäische Kommission 2004)

- Damit soll die Durchlässigkeit zwischen den allgemeinbildenden, beruflichen und hochschulischen Bildungsbereich befördert werden
- Jedes Qualifikationsniveau sollte grundsätzlich auf verschiedenen Bildungs- und Karrierewegen erreichbar sein.

Die Empfehlungen für die Mitgliedsstaaten geben dabei folgenden Zeitrahmen vor

- Bis 2010 sollen die nationalen Qualifikationssysteme an den Europäischen Qualifikationsrahmen gekoppelt werden. Die Qualifikationsniveaus sollen auf transparente Art und Weise mit den acht Qualifikationsniveaus des Europäischen Qualifikationsrahmens verknüpft werden und ggf. in Übereinstimmung mit der nationalen Gesetzgebung nationale Qualifikationsrahmen erstellt werden.
- Bis 2012 sollen die erforderlichen Maßnahmen erlassen und dafür Sorge getragen werden, dass alle neuen Qualifikationsnachweise, Zeugnisse und Europass-Dokumente von den dafür zuständigen Stellen ausgestellt werden und über die nationalen Qualifikationssysteme ein klarer Verweis auf das entsprechende Niveau des Europäischen Qualifikationsrahmens enthalten ist

Jedes der acht Niveaus wird durch eine Reihe von Deskriptoren definiert, die die Lernergebnisse beschreiben, die für die Erlangung der diesem Niveau entsprechenden Qualifikationen in allen Qualifikationssystemen erforderlich sind. Diese werden im Folgenden dargestellt.

Niveaus	Kenntnisse	Fertigkeiten	Kompetenz
Die zur Erreichung erforderlichen Lernergebnisse	Im Zusammenhang mit dem EQR werden Kenntnisse als Theorie- und/oder Faktenwissen beschrieben.	Im Zusammenhang mit dem EQR werden Fertigkeiten als kognitive Fertigkeiten (unter Einsatz logischen, intuitiven und kreativen Denkens) und praktische Fertigkeiten (Geschicklichkeit und Verwendung von Methoden, Materialien, Werkzeugen und Instrumenten) beschrieben.	Im Zusammenhang mit dem EQR wird Kompetenz im Sinne der Übernahme von Verantwortung und Selbstständigkeit beschrieben.
Niveau 1	Grundlegendes Allgemeinwissen	grundlegende Fertigkeiten, die zur Ausführung einfacher Aufgaben erforderlich sind	Arbeiten oder Lernen unter direkter Anleitung in einem vorstrukturierten Kontext
Niveau 2	grundlegendes Faktenwissen in einem Arbeits- oder Lernbereich	grundlegende kognitive und praktische Fertigkeiten, die zur Nutzung relevanter Informationen erforderlich sind, um Aufgaben auszuführen und Routineprobleme unter Verwendung einfacher Regeln und Werkzeuge zu lösen	Arbeiten oder Lernen unter Anleitung mit einem gewissen Maß an Selbstständigkeit
Niveau 3	Kenntnisse von Fakten, Grundsätzen, Verfahren und allgemeinen Begriffen in einem Arbeits- oder Lernbereich	eine Reihe von kognitiven und praktischen Fertigkeiten zur Erledigung von Aufgaben und zur Lösung von Problemen, wobei grundlegende Methoden, Werkzeuge, Materialien und Informationen ausgewählt und angewandt werden	Verantwortung für die Erledigung von Arbeits- oder Lernaufgaben übernehmen bei der Lösung von Problemen das eigene Verhalten an die jeweiligen Umstände anpassen
Niveau 4	breites Spektrum an Theorie- und Faktenwissen in einem Arbeits- oder Lernbereich	eine Reihe kognitiver und praktischer Fertigkeiten, um Lösungen für spezielle Probleme in einem Arbeits- oder Lernbereich zu finden	Selbstständiges Tätigwerden innerhalb der Handlungsparameter von Arbeits- oder Lernkontexten, die in der Regel bekannt sind, sich jedoch ändern können. Beaufsichtigung der Routinearbeit anderer Personen, wobei eine gewisse Verantwortung für die Bewertung und Verbesserung der Arbeits- oder Lernaktivitäten übernommen wird

Niveaus	Kenntnisse	Fertigkeiten	Kompetenz
Niveau 5	umfassendes, spezialisiertes Theorie- und Faktenwissen in einem Arbeits- oder Lernbereich sowie Bewusstsein für die Grenzen dieser Kenntnisse	Umfassende kognitive und praktische Fertigkeiten die erforderlich sind, um kreative Lösungen für abstrakte Probleme zu erarbeiten	Leiten und Beaufsichtigen in Arbeits- oder Lernkontexten, in denen nicht vorhersehbare Änderungen auftreten; Überprüfung und Entwicklung der eigenen Leistung und der Leistung anderer Personen
Niveau 6	fortgeschrittene Kenntnisse in einem Arbeits- oder Lernbereich unter Einsatz eines kritischen Verständnisses von Theorien und Grundsätzen	fortgeschrittene Fertigkeiten, die die Beherrschung des Faches sowie Innovationsfähigkeit erkennen lassen, und zur Lösung komplexer und nicht vorhersehbarer Probleme in einem spezialisierten Arbeits- oder Lernbereich nötig sind.	Leitung komplexer fachlicher oder beruflicher Tätigkeiten oder Projekte und Übernahme von Entscheidungsverantwortung in nicht vorhersehbaren Arbeits- oder Lernkontexten Übernahme der Verantwortung für die berufliche Entwicklung von Einzelpersonen und Gruppen
Niveau 7	hoch spezialisiertes Wissen, das zum Teil an neueste Erkenntnisse in einem Arbeits- oder Lernbereich anknüpft, als Grundlage für innovative Denkansätze und/oder Forschung ; kritisches Bewusstsein für Wissensfragen in einem Bereich und an der Schnittstelle zwischen verschiedenen Bereichen	spezialisierte Problemlösungsfertigkeiten im Bereich Forschung und/oder Innovation, um neue Kenntnisse zu gewinnen und neue Verfahren zu entwickeln sowie um Wissen aus verschiedenen Bereichen zu integrieren	Leitung und Gestaltung komplexer, unvorhersehbarer Arbeits- oder Lernkontexte, die neue strategische Ansätze erfordern Übernahme von Verantwortung für Beiträge zum Fachwissen und zur Berufspraxis und/oder für die Überprüfung der strategischen Leistung von Teams
Niveau 8	Spitzenkenntnisse in einem Arbeits- oder Lernbereich und an der Schnittstelle zwischen verschiedenen Bereichen	die am weitesten entwickelten und spezialisierten Fertigkeiten und Methoden, einschließlich Synthese und Evaluierung, zur Lösung zentraler Fragestellungen in den Bereichen Forschung und/oder Innovation und zur Erweiterung oder Neudefinition vorhandener Kenntnisse oder beruflicher Praxis	Namhafte Autorität, Innovationsfähigkeit, Selbstständigkeit, wissenschaftliche und berufliche Integrität und nachhaltiges Engagement bei der Entwicklung neuer Ideen oder Verfahren in führenden Arbeits- oder Lernkontexten, einschließlich der Forschung

Abbildung 11: Niveauebenen des EC-VET-Systems (vgl. Europäisches Parlament 2007, 1)

Schaut man sich die beispielhaft erarbeitete Struktur des Deutschen Bildungsrats für Pflege an, können für Pflegefachkräfte die Niveaustufen 4 und 5 am nächsten kommen.

Der Deutsche Bildungsrat der Pflege hat sich in seiner Schrift »Pflegebildung offensiv« mit dem Europäischen Qualifikationsrahmen auseinandergesetzt und ein Beispiel erarbeitet wie dieser für die Pflege aussehen kann (vgl. Deutscher Pflegerat 2007, 15 ff.). Folgende Abbildung verdeutlicht dabei den Level, der dem Stand der Pflegekräfte entspricht für die, die oben vorgeschlagenen Qualifizierungsmaßnahmen angedacht sind.

Folgende Abbildung gibt einen Überblick der Qualifikationsniveaus und der Einordnung für die Anpassungsqualifizierung

Niveau- stufe	Beschreibung	Kenntnisse	Fertigkeiten	Selbstständigkeit und Verantwor- tung	Lern- kompetenz	Kommunikations- kompetenz	Fachliche und berufli- che Kompe- tenz	Altenpflege
Niveau 4	Höhere Sekundarbildung in alternierender oder Lehrlingsausbildung in einem Berufssektor; Selbstständiges Arbeiten, Anwendung von Spezialkenntnissen	ein breites Spektrum fachspezifischer und theoretischer Kenntnisse nutzen	Durch Anwendung von Fachwissen und Nutzung von Fachinformationsquellen strategische Ansätze für Aufgaben entwickeln, die sich bei der Arbeit oder zum Lernen ergeben; Ergebnisse nach dem gewählten Ansatz bewerten	Unter Anleitung die eigene Rolle in Arbeits- und Lernkontexten gestalten, die in der Regel vorhersehbar sind und in denen viele Faktoren mitspielen, die Veränderungen bewirken und die sich zum Teil gegenseitig beeinflussen; Vorschläge für eine Verbesserung der Ergebnisse vorlegen; Routinetätigkeiten anderer beaufsichtigen und eine gewisse Verantwortung für die Unterweisung anderer übernehmen	Selbststeuerung des Lernens demonstrieren	Detaillierte schriftliche und mündliche Kommunikation in ungewohnten Situationen produzieren (und darauf reagieren) Eigenes Verständnis für eine Verhaltensänderung nutzen	Probleme lösen unter Einbeziehung von Informationen aus Fachquellen und unter Berücksichtigung einschlägiger sozialer und ethischer Fragen	Pflegefachkraft

Niveau- stufe	Beschrei- bung	Kenntnisse	Fertigkeiten	Selbstständigkeit und Verantwor- tung	Lern- kompetenz	Kommunikations- kompetenz	Fachliche und berufliche Kompe- tenz	Altenpflege
Niveau 5	Abschluss einer höheren Ausbildung im Lehrlingswesen oder auf höherer Ebene mit theoretischen Kenntnissen und selbstständigen koordinierenden Tätigkeiten in weiten Tätigkeitsfeldern; an der Grenze zu tertiärer Bildung	breite theoretische und praktische Kenntnisse nutzen, die häufig fachspezifisch sind, und Bewusstsein für die Grenzen der Wissensbasis demonstrieren	strategische und kreative Antworten bei der Suche nach Lösungen für genau definierte, konkrete und abstrakte Probleme entwickeln; Übertragung theoretischen und praktischen Wissens beim Finden von Problemlösungen demonstrieren	Eigenständig Projekte leiten, die eine Problemlösung erfordern, wobei viele Faktoren mitspielen, die sich zum Teil gegenseitig beeinflussen und zu unvorhersehbaren Veränderungen führen; Bei der Entwicklung von Projekten Kreativität zeigen; Menschen führen und die eigene und die Leistung anderer prüfen. Andere unterweisen und eine Teamleistung entwickeln	Das eigene Lernen bewerten und den Lernbedarf für eine Weiterqualifizierung ermitteln	Kollegen, Vorgesetzten und Kunden gut strukturiert und kohärent Ideen übermitteln und dabei qualitative Informationen nutzen; eine umfassende, verinnerlichte persönliche Weltsicht zum Ausdruck bringen, in der sich die Bezugnahme auf andere widerspiegelt	Antworten auf abstrakte und konkrete Probleme formulieren; Erfahrung mit operationellen Wechselwirkungen in einem Bereich demonstrieren; auf der Grundlage der Kenntnis einschlägiger sozialer und ethischer Fragen ein Urteil abgeben	Pflegefachkraft mit Berufserfahrung (Pflegeexperte nach Benner: Pflegekraft erkennen intuitiv auf Grund ihrer Erfahrungen Sachverhalte und agieren danach/ Gefahr: dass diese Expertise mit den Fortschritten in der Pflege nicht angepasst wird)

Abbildung 12: Niveauebenen nach dem Deutschen Bildungsrat für Pflegeberufe 2007, S.15 - 18

Diese Überlegungen sind erst der Anfang und müssen auch im Kontext der seit Herbst 2007 laufenden Pilotinitiative »Leistungspunkte in der beruflichen Bildung« im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) beleuchtet werden.

Ziel dieser Initiative ist die Konzeption, Implementierung und Erprobung von Leistungspunktesystemen in der beruflichen Bildung. Infolgedessen werden eine Verbesserung der Übergänge an den verschiedenen vertikalen und horizontalen Schnittstellen zum dualen System sowie der Einsatz im dualen System selbst angestrebt. Intendiert ist darüber hinaus die systematische Erprobung von Verfahren zur Erfassung, Anrechnung und Anerkennung von Lernergebnissen und Kompetenzen.

Genereller Forschungs- und Umsetzungsbedarf besteht hinsichtlich

- Der Konkretisierung und Ausgestaltung des EQVET auf die Aus-, Fort- und Weiterbildungsstrukturen in der Pflege
- Gerade in Hinblick auf die Differenzen hinsichtlich der Ausbildung in den pflegerischen Berufen (vgl. Riedel 2007) und den zurzeit laufenden 60 Modellprojekten stellt sich die Frage, ob mittelfristige Lösungen überhaupt realistisch sein können. Verbandspolitische Interessen, Deregulierungsbestrebungen und Ausrichtungsdifferenzen scheinen keine absehbare Einigung auf nationale Strukturen erwarten zu lassen
- Potenziell besteht die Gefahr, dass zukunftssträchtige Entwicklungen für die Pflege z.B. im Bereich der neuer Technologien von anderen Berufsgruppen aufgegriffen werden. So greifen z.B. private Krankenversicherungen den Monitoring-Gedanken auf und setzen diesen z.B. mit medizinischen und helfenden Berufsgruppen um.
- Hier könnten Chancen für die Weiterentwicklung des Berufsbildes, insbesondere für ältere Beschäftigte verpasst werden.

Um die Maßnahmen für die Anpassungsqualifizierung nachhaltig zu gestalten, sollten diese:

- Praxisorientiert gestaltet sein und den Ansatz des hermeneutischen Verstehens aufgreifen und die Prinzipien vermitteln
- Eine Anrechenbarkeit auf die geforderte Orientierung des lebenslangen Lernens aufzeigen durch entsprechende Credit Points oder anderer vergleichbarer Bewertungsschemata

- Wünschenswert ist, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen evaluiert werden: einmal hinsichtlich der effizienten und effektiven Umsetzung, zum anderen aber insbesondere hinsichtlich des Transfers der erlernten Kompetenzen in die berufliche Arbeitspraxis.
- Projektorientierte Qualifizierung kann für die systematische Durchsetzung von pflegerischen Arbeits- und Handlungsprinzipien in einer Region bzw. einem Standort Erfolg versprechend sein. Auch hier empfiehlt sich eine wissenschaftliche Begleitung hinsichtlich der Evaluation des Transfers und der Umsetzung in der alltäglichen pflegerischen Arbeit und ihre Wirksamkeit/Bedeutung für arbeitsorganisatorische Fragestellungen.

8 Offene Fragen

Nach einem Abgleich der Ergebnisse aus den Workshops und Interviews und den Ausbildungsinhalten zeigt sich, dass viele der erarbeiteten Qualifizierungsbedarfe für Altenpflegefachkräfte bereits in der Ausbildung vermittelt werden. Gleichwohl bestehen laut Aussagen der Expertinnen und Experten aus dem Hochschul- und Bildungsbereich und der Praxis nach wie vor Qualifizierungsbedarfe.

Hier stellen sich folgende Fragen:

- Ist die Kompetenzvermittlung für die Umsetzung in der Praxis ausreichend?
- Welche Rahmenbedingungen hindern Pflegefachkräfte daran, ihre Kompetenzen einzusetzen?
- Gibt es ein strukturelles Defizit für die Erlangung von Umsetzungskompetenzen?
- Sind die hohen Qualifikationsanforderungen aufgrund der Zugangsvoraussetzungen für den Altenhilfeberuf und aufgrund der geringen Bezahlung überhaupt passend und gerechtfertigt oder müssten akademisch ausgebildete Pflegekräfte z.B. die Planungs- und Steuerungsaufgaben auf den Wohnbereichen übernehmen?

Diese Fragen können im Rahmen von Pflege 2015 nicht beantwortet werden. Einzelgespräche mit Praktikerinnen und Praktikern sowie aus den Workshops – und damit nicht repräsentativ – deuten auf folgende mögliche Antworten hin:

- Im Rahmen des Evaluationsworkshops wurde darauf hingewiesen, dass trotz eines bundesweiten Ausbildungsgesetzes die Umsetzung sehr differenziert und Ausbildungsniveau und –inhalte sehr unterschiedlich sind.
- Knapper zeitlicher Rahmen und geringe personelle Besetzung in den Pflegebereichen lassen – wenn überhaupt – eine Umsetzung allenfalls in Ansätzen zu.
- Es gibt eine Diskrepanz zwischen den Inhalten, die in der Ausbildung vermittelt werden und der tatsächlichen Realität am Arbeitsplatz. Die Konfrontation mit der Realität und ihren arbeitsorganisatorischen Strukturen bewirkt eine berufliche Sozialisierung in »alte« Strukturen, in denen die erlernten Kompetenzen kaum eingebracht werden können.
- Konzepte wie Bezugspflege werden basisdemokratisch umgesetzt, was eine ineffektive Nutzung vorhandener Ressourcen und damit Zeitmangel für professionelle Strukturen bedeutet.

Im Rahmen des Projektes »Pflege 2015« könnte diese Problematik allenfalls in Ansätzen bei den formulierten Anforderungen für die Gestaltung der Qualifizierungsmaßnahmen aufgegriffen werden.

9 Literatur

Abicht, Lothar; Baldin, Klaus-Michael; Freikamp, Henriette: Trendqualifikationen im Bereich des Gesundheitswesens. Halle (Saale): Institut für Strukturpolitik und Wirtschaftsförderung Halle-Leipzig e. V. (isw), 2002.

Arend, Stefan: Quo vadis Pflege? In: Heim+Pflege 38 (2007) Nr. 3, S. 91-96.

AWO Bezirksverband Oberbayern e. V., Bayrisches Staatministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hrsg.): Alltagsorientierte Wohngruppenkonzepte für pflegebedürftige ältere Menschen in stationären Einrichtungen – ein Leitfadens zur organisatorischen Gestaltung und Umsetzung. München, 2004.

Ballast, Thomas: Stabile Versorgungsketten bilden. In: Häusliche Pflege (2007), Nr. 1, S. 16 ff.

Bandemer, Stephan von; Evans, Michaela: Moderne Arbeit und Qualifizierung in der Gesundheitswirtschaft NRW – Memorandum der Arbeitsgruppe Lernallianzen der MedEcon Ruhr. Gelsenkirchen, 2004.

Bartholomeyczik, Sabine; Halek, Margareta; Riesner, Christine: Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe, Bundesministerium für Gesundheit. Witten, 2006.

Berger, Gerhard; Kessler, Johannes; Zimmer, Andreas: Nutzen Sie das Potential erfahrener Mitarbeiter. In: Altenheim (2005) Nr. 12, S. 14 ff.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege: Expertenkommission Pflege der Berufsgenossenschaft für Gesundheit Empfehlungen zur Qualitätssteigerung und -sicherung der Altenpflegeausbildung in Deutschland, Hamburg 2006

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege / Deutsche Angestellten Krankenkasse: Gesundheitsreport 2003 Altenpflege – Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege. Berlin / Hamburg, 2003.

Bollinger, Heinrich; Gerlach, Anke; Pfadenhauer, Michaela: Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtung und Interpretation. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, 2005.

Brandenburg, Hermann; Huneke, Michael: Professionelle Pflege alter Menschen. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2006.

Brandenburg, Hermann (Hrsg.): Altern in der modernen Gesellschaft – Interdisziplinäre Perspektiven für Pflege- und Sozialberufe. Hannover: Schlütersche, 2004.

Brandenburg, Hermann: Zukunft der Pflege - der soziale Wandel und neue Tätigkeitsfelder in der professionellen Pflege alter Menschen. PR-InterNet / Pflegemanagement 7-8 (2002), S. 133 ff.

Bühler, Ernst : Überleitungsmanagement und integrierte Versorgung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2005.

Büscher, Andreas; Hasselhorn, Hans-Martin; Kümmerling, Angelika; Müller, Bernd Hans; Simon, Michel; Tackenberg, Peter: Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal, 2005.

Bundesministerium für Bildung und Forschung: Ambient Assisted Living in Deutschland. URL: www.aal-deutschland.de [Stand 30.03.2008]

Bundesministerium für Bildung und Forschung: Zur Situation der Medizintechnik im internationalen Vergleich – Studie. Aachen, 2005.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Das intelligente Heim – Blick in die Zukunft des Altenheimbaus. URL: www.baumodelle-bmfsfj.de/Modellreihen_IntelligentesHeim.html [Stand: 5.03.2008]

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteneinrichtungen 2005 – Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt »Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Einrichtungen«. München, 2006.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Altenbericht im Dialog – Potentiale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Berlin, 2005.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Altenhilfestrukturen der Zukunft. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm. Berlin, 2004.

Cirkel, Michael; Hilbert, Josef; Schalk, Christa: Produkte und Dienstleistung für mehr Lebensqualität im Alter – Expertise. Gelsenkirchen, 2004.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (Hrsg.): Familiengesundheit - Ein neues Handlungsfeld für Pflegende und Hebammen. Berlin, 2007.

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe: Pflegebildung offensiv. Das Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe. Urban & Fischer: München / Jena, 2007.

Deutscher Bundestag: Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflegetweiterentwicklungsgesetz). Gesetzesentwurf der Bundesregierung vom 07.12.2007.

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management: Standards und Richtlinien für die Weiterbildung: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen und in der Beschäftigungsförderung. URL: www.dgcc.de/dgcc/wb_std.html [Stand: 27.02.2008]

Europäisches Parlament: Deskriptoren zur Beschreibung der Niveaus des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR). URL: www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2007-0463+0+DOC+XML+V0//DE [Stand: 31.03.2008]

Ewers, Michael; Schaeffer, Doris: Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Hans Huber, 2000.

Fraunhofer Gesellschaft: Mit jedem Schlag des Herzens – »senSAVE«. URL: www.sensave.de/fhg/sensave/beschreibung/index.jsp [Stand: 27.02.2008]

Fraunhofer Institut Arbeitswirtschaft und Organisation: Trendstudie »Pflege 2020«. Die Zukunft der Altenhilfe. Stuttgart, 2007. (unveröffentlichte Studie)

Fraunhofer Institut für Software- und Systemtechnik: Einsatzbereiche und Potentiale der RFID-Technologie im deutschen Gesundheitswesen. Dortmund/München, 2006.

Fredrich, Boris: Wissensmanagement und Weiterbildungsmanagement: Gestaltungs- und Kombinationsansätze im Rahmen einer lernenden Organisation. 1. Auflage. Cuvillier: Göttingen, 2003.

Friebe, Jens: Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege. Bonn: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, 2006.

Görres, Stefan; Hasseler, Martina: Was Pflegebedürftige wirklich brauchen...Zukünftige Herausforderungen an eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung, Hannover: Schlütersche, 2005.

Haberle, John; Hilbert, Josef; Scharfenorth, Karin: Vom virtuellen Altenheim zu TESS inkontakt: Erfahrungen aus einem Entwicklungs- und Erprobungsprojekt für mehr Lebensqualität im Alter. In: Institut Arbeit und Technik: Jahrbuch 1998/99. Gelsenkirchen, S. 132-143.

Haumann, Wilhelm; Noelle-Neumann, Elisabeth: Alt werden im 21. Jahrhundert: demoskopische Untersuchung zum individuellen Dienstleistungsbedürfnis der zukünftigen älteren Generationen. Stuttgart: Paul-Lempp-Stiftung, 2001.

Heeg, Sibylle; Kuhn, Christina, Radzey, Beate: Lernen von MIDEMAS - Welche Chancen bieten Demenzwohngruppen im stationären Bereich? In: Keine Zeit zu verlieren. Referate auf dem 4. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Lübeck, 9.-11. September 2004. Berlin, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.), Berlin, 2004, S. 81-92.

Heinze, Rolf G. / Eichener, Volker / Naegele, Gerhard / Bucksteeg, Matthias / Schauerte, Martin: Neue Wohnung auch im Alter – Folgerungen aus dem demographischen Wandel für Wohnungspolitik und Wohnungswirtschaft. Schader-Stiftung. Darmstadt. 1997

Hilbert, Josef; Evans, Michaela: Die Auswirkungen institutioneller Rahmenbedingungen auf den individuellen und betrieblichen Qualifizierungsbedarf am Beispiel der Gesundheitswirtschaft – eine Expertise im Auftrag der Expertenkommission »Finanzierung Lebenslangen Lernens«. Gelsenkirchen, 2003.

Hilbert, Josef; Scharfenorth, Karin: Das virtuelle Altenheim – eine konkrete Utopie für mehr Lebensqualität im Alter. In: Heim + Pflege (1999) Nr. 1, S. 21-24.

Hoffmann, Alfred: Potentiale erkennen – Selbstständigkeit fördern. In: Altenheim (2006) Nr. 6: S. 20 f.

Hundenborn, Gertrud; Kühn, Cornelia: Entwurf einer empfehlenden Richtlinie für die Altenpflegeausbildung in Nordrhein-Westfalen. In: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen: Ausbildung und Qualifizierung in der Altenpflege. Düsseldorf, 2003.

Industrie- und Handelskammer Reutlingen: IHK und Samariterstiftung unterzeichnen Kooperationsvertrag. Pressemitteilung vom 27.03.2007. URL: www.reutlingen.ihk.de/start.oscms/0/2613/35066/Artikel+Presse.html [Stand: 27.02.2008]

InCareNet: MEdical DAta MaNagement EDucational PartnERship »MEANDER«. URL: www.incarenet.de/operative/tp4 [Stand: 27.02.2008]

InCareNet: Qualifikation »Community Medicine Nursing« - Projekt zur Entwicklung eines praxisnahen, lernenden Curriculums. URL: www.incarenet.de/operative/tp5 [Stand: 27.02.2008]

Isfort, Michael; Weidner, Frank: Pflege thermometer 2003. Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des Pflegepersonalwesens in der stationären Altenhilfe in Deutschland. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., 2003.

Klein, Barbara; Weisbecker, Anette: E-Health zum Wohle der Patienten und der Pflege. In: Pflege Aktuell (2006) Nr. 4, S. 192 ff.

Kremer-Preiß, Ursula; Stolarz, Holger: Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung – eine Bestandsanalyse. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2003.

Kriesel, Petra; Krüger, Helga; Piechotta, Gudrun (Hrsg.): Pflege lehren – Pflege managen. Frankfurt: Mabuse-Verlag, 2001.

Legislative Entschließung des Europäischen Parlaments vom 24. Oktober 2007 zu dem Vorschlag für eine Empfehlung des Europäischen Parlaments und des Rates zur Einrichtung eines Europäischen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen (KOM(2006)0479 – C6-0294/2006 – 2006/0163(COD))
<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2007-0463+0+DOC+XML+V0//DE>

Mediana Akademie: Neustart ins Berufsleben mit »50plus«. URL: www.mediana.de/index.php?id=3124 [Stand: 27.02.2008]

Meier, Rolf: Praxis Weiterbildung. GABAL: Offenbach, 2005.

Meißner, Anna; Thelen, Rolf: Macht Spracherkennung die Pflegedokumentation effizienter? In: Altenheim (2007), Nr. 8, S. 30-31.

Mollenkopf, Heidrun; Kaspar, Roman; Meyer, Sybille: Technisiertes Wohnen – der neue Weg zur Erhaltung der Selbstständigkeit im Alter? In: Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer

Menschen / Buhl, Anke; Klie, Thomas; Entzian, Hildegard [u. a.] (Hrsg.): Frankfurt / Main: Mabuse, 2005, S. 355-369.

Long Life Center: TALKtumi – die elektronische Sekretärin für Pflegekräfte. URL: www.talktumi.de/index.html [Stand: 27.02.2008]

Oelke, Uta: Schlüsselqualifikationen als Bildungsziele für Pflegende. In: Pflegepädagogik 2/98, S. 44-46.

Overmann, Stefanie: Mit Freiwilligen erfolgreich arbeiten. In: Die Schwester Der Pfleger (2007), Nr. 4, S. 358.

Riedel, Annette: Professionelle Pflege alter Menschen. Moderne (Alten-) Pflegeausbildung als Reaktion auf gesellschaftlichen Bedarf und die Reformen der Pflegeberufe. Marburg: Tectum, 2007.

Riehle, Margaretha: »Personalentwicklung auf Basis einer lernenden Organisation« in: MH Pflege, B1300, 8 ff.

Rieser, Sabine: Bewältigung des demographischen Wandels: Mehr Wettbewerb und mehr Prävention als Rezept. In: Deutsches Ärzteblatt 98 (2001), Nr. 5, S. A-220 / B-174 / C-176.

Robert – Bosch – Krankenhaus GmbH (Hrsg.): Neue integrative Pflegeausbildung – qualifiziert für die Zukunft. Stuttgart, 2003.

Robert - Bosch- Stiftung GmbH (Hrsg.): Pflege neu denken. Die Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart: Schattauer, 2000.

Robert Koch Institut: Themenheft 10: Gesundheit im Alter, Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, 2005a.

Robert Koch Institut: Themenheft 28: Altersdemenz, Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, 2005b.

Schnabel, Reinhold: Zukunft der Pflege. Studie. Universität Duisburg-Essen/Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung GmbH. URL: www.uni-due.de/wiwi-essen/Pflegemarkt_final.pdf [Stand 28.02.2008]

Schulze, Ulrike: Selbstbestimmt in der letzten Lebensphase - im Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge. In: Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen / Buhl, Anke; Klie, Thomas; Entzian, Hildegard [u. a.] (Hrsg.): Frankfurt / Main: Mabuse, 2005, S. 122-132.

Sonntag, Karlheinz; Schaper, Niclas: Personalentwicklung in Organisationen. Hogrefe: Göttingen, 1992.

Spath, D. et al.(2003): Auswirkungen der DRGs in Österreich, Australien und Deutschland Ergebnisse einer vergleichenden Studie. In: Sozialministerium Baden Württemberg (Hg.). Landespflegekongress 2003 DRGs – Neue Chancen für die Pflege? Kürzere Verweildauer im Krankenhaus – Impuls für Innovation in der Altenhilfe. Stuttgart: IRB Verlag

Statistisches Bundesamt: Bevölkerung Deutschland bis 2050. 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden, 2006

Statistisches Bundesamt: Krankheitskosten 2002. Wiesbaden, 2004.

Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2005 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Bonn, 2007.

Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2003 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Bonn, 2005.

Strömberg, Anna: Von Pflegepersonen geleitete Herzinsuffizienzambulanzen: Die zehnjährigen Erfahrungen in Schweden. In: Pflege (2004) Nr. 4, S. 237-242.

Struchtemeier, Thea: Alt werden in der Fremde. In: Die Schwester Der Pfleger (2006) Nr. 12, S. 990-992.

Technische Universität Kaiserslautern: Assisted Living und dessen Bedeutung beim altersgerechten Wohnen. URL: www.eit.uni-kl.de/litz/assisted_living/index [Stand: 28.02.2008]

Voges, Wolfgang: Pflege alter Menschen als Beruf – Soziologie eines Tätigkeitsfeldes. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 2002.

Waldenburg-Zeil, Clemens Graf von: Begrüßung und Einführung. In: Dokumentation zur Vernetzungstagung zur Umsetzung des Memorandums zur kultursensiblen Altenhilfe, Berlin, 27. / 28. Oktober 2003.

Winter, Maik: Die ersten Pflegeakademiker in Deutschland. Arbeitsmarktperspektiven und Berufsverbleib in der Altenpflege. Bern: Hans Huber, 2005.

Wißmann, Peter: Case Management: Konzept, Praxis und Qualifizierungsbedarf. In: Management im Gesundheitswesen (2003) Nr. 9, S. 14-27.

10 Anhang

Anlage 1: Interviewleitfaden für Altenpflegefachkräfte

Anlage 2: Interviewleitfaden für Führungskräfte in der Altenpflege

Anlage 3: Überblick über die Qualifikationsanforderungen nach Thesen

Anlage 4: Überblick über die Qualifikationsanforderungen nach Kompetenzarten

**Projekt »Pflege 2015« –
Neue Arbeitsanforderungen und zukünftige
Qualifizierungsbedarfe in der Altenhilfe**

Interviewleitfaden für Altenpflegefachkräfte

Ansprechpartnerin:

Petra Gaugisch

Tel. 0711 / 970-5147

Petra.Gaugisch@iao.fraunhofer.de

Zielsetzung des Projektes »Pflege 2015« :

- Identifizierung der Auswirkungen der Entwicklungstrends im Pflegesektor auf die heute beruflich Pflegenden.
- Beschreibung der sich daraus ergebenden neuen Anforderungsprofile.
- Benennung der Kompetenz- und Qualifizierungsbedarfe vor dem Hintergrund der sich verändernden Anforderungsprofile.
- Benennung von Handlungsempfehlungen für die Entwicklung von Angeboten im Rahmen einer Anpassungsqualifizierung für die Fort- und Weiterbildung und die Bildungsanbieter.

Eingangsfragen

1. Welche Ausbildung haben Sie?
2. War die Altenpflegeausbildung die Erstausbildung?
Ja Nein
3. Warum haben Sie diesen Beruf gewählt?
4. Seit wann arbeiten Sie in diesem Beruf?
Seit _____
5. Arbeiten Sie Voll- oder Teilzeit?
Vollzeit Teilzeit , und zwar ____ Stunden pro Monat
5. 1 Wenn Sie Teilzeit arbeiten: Wie sind die Stunden auf den Monat verteilt?
gleichmäßig aufeinander folgende Tage unterschiedlich

Entwicklungen in der Altenhilfe

6. Können Sie Ihr bisheriges Berufsleben schildern?
7. Was sind momentan Ihre Hauptaufgaben?
8. Denken Sie mal an Ihren Berufsbeginn zurück. Was hat sich bis heute verändert in Ihrer beruflichen Praxis?
(z. B. Bewohnerstruktur, Qualifikation oder Anzahl der Kollegen, Aufgaben-
gebiet, Arbeitsorganisation, Arbeitsablauf)
9. Gibt es Neuerungen in Ihrer Einrichtung, die momentan eingeführt werden oder
in absehbarer Zeit eingeführt werden?
Ja Nein
Wenn ja, welche?
(z. B. neue Dienstleistungsangebote, andere Arbeitsorganisation und –abläufe,
EDV, Bildung von Wohngruppen / Hausgemeinschaften)
10. Wird sich die Altenpflege Ihrer Ansicht nach in den nächsten Jahren im
Allgemeinen verändern?
Ja Nein
Wenn ja: Wie?
(z. B. Bewohnerstruktur, Qualifikation oder Anzahl der Kollegen, Aufgaben-
gebiet, Arbeitsorganisation, Arbeitsablauf)
11. Wie wird sich Ihre Einrichtung weiterentwickeln?
Was bedeuten die von Ihnen genannten allgemeinen Entwicklungen für Ihre
Einrichtung?

Auswirkungen auf die Pflegekräfte

12. Hatten die Veränderungen, die Sie genannt haben, Auswirkungen auf Ihre alltägliche Arbeit?

Ja Nein

Wie sind Sie damit zurecht gekommen?

13. Sie hatten ein paar Veränderungen genannt, die Sie für die Zukunft erwarten, zum Beispiel:

Meinen Sie, dass sich dadurch Ihr Berufsalltag verändert?

Ja Nein

Wenn ja, wie?

Heutiger und zukünftiger Qualifizierungsbedarf

14. An welchen Fort- oder Weiterbildungen haben Sie bislang teilgenommen?
Warum haben Sie diese besucht?

15. Hätten Sie in der Vergangenheit gerne an weiteren oder anderen Fortbildungen oder Weiterbildungen teilnehmen wollen?

Ja Nein

Wenn ja, warum?

16. Nehmen wir mal an, Sie dürften sich jetzt zu einer Fortbildung oder Weiterbildung anmelden.

Für welche würden Sie sich entscheiden?

Warum?

Sie dürfen auch gerne Qualifizierungsmaßnahmen nennen, die noch nicht auf dem Bildungsmarkt zu finden sind.

17. Sie haben ja gemeint, eine Entwicklung in der Altenpflege wird _____ sein. Meinen Sie, dass Sie und Ihre Kollegen, die schon einige Jahre im Beruf arbeiten, dann speziell geschult werden müssen?

Ja Nein

Falls ja, in was genau?

Abschließende Fragen

18. Sind Sie männlich oder weiblich?

Männlich Weiblich

19. Wie alt sind Sie?

Alter: _____ Jahre alt

20. Wer ist der Träger der Einrichtung?

Kommune Freie Wohlfahrt Privater Träger

21. Wie viele Einrichtungen hat der Träger?

_____ Einrichtungen

22. Seit wann gibt es die Einrichtung?

Seit _____

23. Wie viele vollstationäre Pflegeplätze hat Ihre Einrichtung insgesamt?

_____ vollstationäre Plätze

24. Gibt es auch Kurzzeitpflegeplätze oder teilstationäre Pflegeplätze?

Ja

Nein

24. 1 Wenn ja, wie viele?

_____ Kurzzeitpflegeplätze _____ teilstationäre Plätze

25. Wie viele Bewohner und Bewohnerinnen werden in Ihrem Bereich gepflegt?

_____ Bewohner und Bewohnerinnen

26. Wie sieht eine typische Schichtbesetzung in Ihrem Wohnbereich aus?

Frühdienst: _____ Fachkräfte, _____ Hilfskräfte, _____ Auszubildende
für _____ Bewohner

Spätdienst: : _____ Fachkräfte, _____ Hilfskräfte, _____ Auszubildende
für _____ Bewohner

Nachtdienst: _____ Fachkräfte, _____ Hilfskräfte, _____ Auszubildende
für _____ Bewohner

27. Wie viele Mitarbeiter arbeiten im Pflegedienst der Einrichtung?

_____ Mitarbeiter insgesamt, davon _____ Pflegefachkräfte

28. Wie viele Stellen in der Pflege haben Sie in Ihrer Einrichtung laut Stellenplan?

_____ Stellen

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

**Projekt »Pflege 2015« –
Neue Arbeitsanforderungen und zukünftige
Qualifizierungsbedarfe in der Altenhilfe**

**Interviewleitfaden für Führungskräfte
in der Altenpflege**

Ansprechpartnerin:

Petra Gaugisch

Tel. 0711 / 970-5147

Petra.Gaugisch@iao.fraunhofer.de

Zielsetzung des Projektes »Pflege 2015« :

- Identifizierung der Auswirkungen der Entwicklungstrends im Pflegesektor auf die heute beruflich Pflegenden.
- Beschreibung der sich daraus ergebenden neuen Anforderungsprofile.
- Benennung der Kompetenz- und Qualifizierungsbedarfe vor dem Hintergrund der sich verändernden Anforderungsprofile.
- Benennung von Handlungsempfehlungen für die Entwicklung von Angeboten im Rahmen einer Anpassungsqualifizierung für die Fort- und Weiterbildung und die Bildungsanbieter.

Eingangsfragen

1. Welche Funktion haben Sie?

Heimleitung Pflegedienstleitung Wohnbereichsleitung

Sonstiges _____

2. Welche Ausbildung haben Sie?

3. Warum haben Sie diesen Beruf gewählt?

4. Seit wann arbeiten Sie im Altenhilfesektor bzw. als Leitung?

Seit _____ im Altenhilfesektor

Seit _____ als Leitung

5. Arbeiten Sie noch ab und zu in der Pflege mit oder haben dies in der Vergangenheit getan?

6. Arbeiten Sie Voll- oder Teilzeit?

Vollzeit Teilzeit , und zwar ____ Stunden pro Monat

6. 1 Wenn Sie Teilzeit arbeiten: Wie sind die Stunden auf den Monat verteilt?

gleichmäßig aufeinander folgend unterschiedlich

Entwicklungen in der Altenhilfe

7. Können Sie Ihr bisheriges Berufsleben schildern?
8. Was sind momentan Ihre Hauptaufgaben?
9. Denken Sie mal an Ihren Berufsbeginn zurück. Was hat sich bis heute verändert in Ihrer beruflichen Praxis?
(z. B. Bewohnerstruktur, Qualifikation oder Anzahl der Kollegen, Aufgaben-
gebiet, Arbeitsorganisation, Arbeitsablauf)
10. Gibt es Neuerungen in Ihrer Einrichtung, die momentan eingeführt werden oder
in absehbarer Zeit eingeführt werden?
Ja Nein
Wenn ja, welche?
(z. B. neue Dienstleistungsangebote, andere Arbeitsorganisation und –abläufe,
EDV, Bildung von Wohngruppen / Hausgemeinschaften)
11. Wird sich die Altenpflege Ihrer Ansicht nach in den nächsten Jahren im
Allgemeinen verändern?
Ja Nein
Wenn ja: Wie?
(z. B. Bewohnerstruktur, Qualifikation oder Anzahl der Kollegen, Aufgaben-
gebiet, Arbeitsorganisation, Arbeitsablauf)
12. Wie wird sich Ihre Einrichtung weiterentwickeln?
Was bedeuten die von Ihnen genannten allgemeinen Entwicklungen für Ihre
Einrichtung?

Auswirkungen auf die Pflegekräfte

13. Sie haben in Ihrer Einrichtung _____ eingeführt. Welche Auswirkungen hatte das auf den Berufsalltag der Pflegekräfte?
Wie kamen diese damit zurecht?
14. Sie hatten ein paar Veränderungen genannt, die Sie für die Zukunft erwarten, zum Beispiel: _____
Wie wird sich dadurch der Berufsalltag der Pflegekräfte verändern?

Heutiger und zukünftiger Qualifizierungsbedarf

15. An welchen Fort- oder Weiterbildungen haben Sie bislang teilgenommen?
Warum haben Sie diese besucht?
16. Sie haben ja gesagt, eine Entwicklung in der Altenpflege wird _____ sein. Meinen Sie, dass dann die Pflegekräfte, die schon einige Jahre im Beruf arbeiten, speziell geschult werden müssen?
Ja Nein
Wenn ja: Welche Qualifizierung brauchen Altenpflegefachkräfte dafür?
17. Sehen wir mal von Finanzierungsproblemen oder anderen Rahmenbedingungen ab: Welche Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen würden Sie dann den Pflegekräften, die schon einige Jahre im Beruf sind, momentan anbieten?
Warum?
Sie dürfen auch gerne Qualifizierungsmaßnahmen nennen, die noch nicht auf dem Bildungsmarkt zu finden sind.

Abschließende Fragen

18. Sind Sie männlich oder weiblich?

Männlich

Weiblich

19. Wie alt sind Sie?

Alter: _____ Jahre alt

20. Wer ist der Träger der Einrichtung?

Kommune

Freie Wohlfahrt

Privater Träger

21. Wie viele Einrichtungen hat der Träger?

_____ Einrichtungen

22. Seit wann gibt es die Einrichtung?

Seit _____

23. Wie viele vollstationäre Pflegeplätze hat Ihre Einrichtung insgesamt?

_____ vollstationäre Plätze

24. Gibt es auch Kurzzeitpflegeplätze oder teilstationäre Pflegeplätze?

Ja

Nein

24. 1 Wenn ja, wie viele?

_____ Kurzzeitpflegeplätze

_____ teilstationäre Plätze

25. Wie sieht eine typische Schichtbesetzung aus?

Frühdienst: _____ Fachkräfte, _____ Hilfskräfte, _____ Auszubildende
für _____ Bewohner

Spätdienst: : _____ Fachkräfte, _____ Hilfskräfte, _____ Auszubildende
für _____ Bewohner

Nachtdienst: _____ Fachkräfte, _____ Hilfskräfte, _____ Auszubildende
für _____ Bewohner

26. Wie viele Mitarbeiter arbeiten im Pflegedienst der Einrichtung?

_____ Mitarbeiter insgesamt, davon _____ Pflegefachkräfte

27. Wie viele Stellen in der Pflege haben Sie in Ihrer Einrichtung laut Stellenplan?

_____ Stellen

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anlage 3: Überblick über die Qualifikationsanforderungen nach Thesen

Fachliche Kompetenzen			
Literaturanalyse	Expertengespräche / Workshops	Workshop-Praktiker	Ergebnisse Interviews
These 1: Bewohnerstruktur			
Gerontopsychiatrische Kenntnisse	Behandlungspflege	Behandlungspflege	Behandlungspflege (z.B. Wundversorgung, Tracheostoma, Schluckstörungen)
Krankheitslehre	Pflegediagnostik	Pflegediagnostik	Gerontopsychiatrische Kenntnisse (z. B. Umgang mit dementen Bewohnerinnen und Bewohnern)
Neue Therapien	Erhebung von geriatrischem Rehabilitationspotenzial	Prävention/Information/ Beratung	Rechtliche Kenntnisse (Personalschlüssel, Verantwortlichkeiten, Konflikte mit Bewohnerinnen und Bewohnern)
Prävention, Rehabilitation	Prävention	Therapeutische Pflegekonzepte	
Aktivierende Pflege		Gerontopsychiatrische Kenntnisse	
Palliative Care	Palliative Care	Kenntnisse verschiedener Demenzkonzepte	
Juristische Kenntnisse für Palliative Care	Ausrichtung an der subjektiven Lebensqualität	Komplexes Wissen erforderlich (z.B. Wundmanagement, Expertenstandards, Rahmenbedingungen)	

Anlage 3: Überblick über die Qualifikationsanforderungen nach Thesen

These 2: Pflegekräfte			
Prävention und Gesundheitsförderung für die Pflegekräfte / Gesundheitsgerechtes Arbeiten (z.B. Kinästhetik)			
Fachsprache, Dokumentation für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund			

These 3: Wohnformen			
Gesetzliche Vorgaben z.B. Hygiene		Berufs- und Gesetzeskunde/ Berufspolitik	
Angehörigenarbeit		bereichsabhängig: von der Intensivpflege bis zur Hilfe bei der Alltagsbewältigung	
Organisation der Alltagsbegleitung		Wo und wie kann man Bewohnerinnen und Bewohner in den Alltag integrieren?	
Information und Organisation von Hilfen			
Information und Vermittlung von technischen Hilfen			

These 4: Neue Technologien			
Datenschutz / Datensicherheit		Qualifizierungsmaßnahmen nach dem Medizinproduktegesetz	

Anlage 3: Überblick über die Qualifikationsanforderungen nach Thesen

Datenauswertung und Datenmanagement		Sicherheitsüberprüfung von technischen Geräten	
Beratung im Bereich Telecare/Telemonitoring			

Anlage 3: Überblick über die Qualifikationsanforderungen nach Thesen

Methodenkompetenzen			
These 1: Bewohnerstruktur			
Pflegediagnostik / Assessmentverfahren		Hermeneutisches Fallverstehen / Lernen den Bedarf des Kunden einzuschätzen	

These 2: Pflegekräfte			
Zeitmanagement	Lernen lernen		Management- und Führungskompetenzen
Organisations- und Prozesswissen	Informationssuche		Arbeitsorganisation
Planungs- und Steuerungskompetenzen			Überleitungsmanagement

These 3: Wohnformen			
Organisationswissen	Zeitmanagement	Organisation	
Prozesswissen	Schnittstellenmanagement	Managementaufgaben	
Schnittstellenmanagement	Ideen- und Innovationsmanagement		
Ideen- und Innovationsmanagement	Arbeitsorganisation		
Qualitätsmanagement	Kompetenz, individuelle Bedürfnisse zu erkennen und daraus neue Aufgaben und neue Prozesse zu entwickeln (Prozessorientierung und Prozessentwicklung)		

Anlage 3: Überblick über die Qualifikationsanforderungen nach Thesen

These 4: Neue Technologien			
Organisations- und Prozesswissen		Ordner mit Notfallplänen, regelmäßig Einweisungen	
		Qualitätsmanagement	
		Risikomanagement	

Anlage 3: Überblick über die Qualifikationsanforderungen nach Thesen

Medienkompetenz			
These 4: Neue Technologien			
ePflegedokumentation	Kenntnisse über Informationstechnologie	technisches Verständnis vermitteln, Einweisung und Schulung in die Technik	Erweiterung der EDV-Kenntnisse
eArztbrief	EDV-Kenntnisse		
eRezept	Kenntnisse über Finanzierungs- und Refinanzierungsmöglichkeiten		
Grundlegende PC-Kenntnisse			
Umgang mit neuen Technologien			

Anlage 3: Überblick über die Qualifikationsanforderungen nach Thesen

Soziale Kompetenzen			
These 1: Bewohnerstruktur			
Beratungskompetenz	Beratungskompetenz		Dienstleistungs- und Kundenorientierung
Anleitungskompetenz	Anleitungskompetenz		Anleitung von anderen Mitarbeitern
kultursensible Pflege	kultursensible Pflege		professionelle Distanz zur Bewohnerin/Bewohner
Kommunikationskompetenz	Kommunikations- und Beratungskompetenz		Kommunikation
			Konfliktmanagement
			Verhandlungskompetenzen mit Bewohnerinnen und Bewohnern, Angehörigen, Krankenkassen und anderen Berufsgruppen

These 2: Pflegekräfte			
Delegieren, überprüfen			
Beratungskompetenz		Leitungskompetenzen z.B. Personalentwicklung	
Anleitungskompetenz		Anleitungskompetenz	
Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit, Teamfähigkeit		Kommunikationsfähigkeit	
Teamfähigkeit			
Konfliktmanagement			
Kultur- und Pflegeverständnis für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund			

Anlage 3: Überblick über die Qualifikationsanforderungen nach Thesen

These 3: Wohnformen			
Interdisziplinäre Teamarbeit	Anleitung und Beratung der Kollegen und Kolleginnen		
Kunden-/Serviceorientierte Kommunikation			

These 4: Neue Technologien			
Mediale Kommunikation			

Anlage 3: Überblick über die Qualifikationsanforderungen nach Thesen

Personale Kompetenzen			
These 1: Bewohnerstruktur			
Berufsethik/ethisch-moralische Kompetenzen	ethisch-moralische Kompetenz		Stressbewältigung (z.B. autogenes Training, die heilende Kraft der Musik - Weisheit der Seele)
Selbstreflexion und Trainings für Notsituationen			Zielfindung
			Zeitmanagement
These 2: Pflegekräfte			
Stressbewältigung			
Work-Life-Balance			
Kooperationsbereitschaft			
These 3: Wohnformen			
Dienstleistungsorientierung	Dienstleistungsorientierung	Work-Life-Balance	
Flexibilität	Denken in Prozessen		
Verständnis von Qualitätsmanagement	Selbstmanagement		
	Zeitmanagement		
These 4: Neue Technologien			
Ethische Fragestellung bzgl. Telecare/-monitoring			

Anlage 4: Überblick über die Qualifikationsanforderungen nach Kompetenzarten

These 1: Bewohnerstruktur			
Fachliche Kompetenzen			
Literaturanalyse	Expertengespräche / Workshops	Workshop-Praktiker	Ergebnisse Interviews
Gerontopsychiatrische Kenntnisse (Demenz, Depression, . .)	Behandlungspflege	Behandlungspflege	Behandlungspflege
Krankheitslehre	Pflegediagnostik	Pflegediagnostik	Gerontopsychiatrische Kenntnisse (z. B. Umgang mit dementen Bewohnerinnen und Bewohnern)
Neue Therapien	Erhebung von geriatrischem Rehabilitationspotenzial	Prävention/Information/ Beratung	Rechtliche Kenntnisse (Personalschlüssel, Verantwortlichkeiten, Konflikte mit Bewohnerinnen und Bewohnern)
Prävention und Rehabilitation	Prävention	Therapeutische Pflegekonzepte	
aktivierende Pflege		Gerontopsychiatrische Kenntnisse	
Palliative Care	Palliative Care	Kenntnisse verschiedener Demenzkonzepte	
juristische Kenntnisse für Palliative Care	Ausrichtung an der subjektiven Lebensqualität	Komplexes Wissen erforderlich (z.B. Wundmanagement, Expertenstandards, Rahmenbedingungen)	
Methodenkompetenzen			
Pflegediagnostik, Assessmentverfahren		Hermeneutisches Fallverstehen /Lernen den Bedarf des Kunden einzuschätzen	

Anlage 4: Überblick über die Qualifikationsanforderungen nach Kompetenzarten

Soziale Kompetenzen			
Beratungskompetenz	Beratungskompetenz		Dienstleistungs- und Kundenorientierung
Anleitungskompetenz	Anleitungskompetenz		Anleitung von anderen Mitarbeitern
kultursensible Pflege	kultursensible Pflege		professionelle Distanz zur Bewohnerin/Bewohner
Kommunikationskompetenz	Kommunikations- und Beratungskompetenz		Kommunikation
			Konfliktmanagement
			Verhandlungskompetenzen mit Bewohnerinnen und Bewohnern, Angehörigen, Krankenkassen und anderen Berufsgruppen

Personale Kompetenzen			
Berufsethik/ethisch-moralische Kompetenzen	ethisch-moralische Kompetenzen		Stressbewältigung (z.B. autogenes Training, die heilende Kraft der Musik - Weisheit der Seele)
Selbstreflexion und Trainings für Notsituationen	Auseinandersetzung mit verschiedenen Lebensstilen		Zielfindung

Anlage 4: Überblick über die Qualifikationsanforderungen nach Kompetenzarten

These 2: Pflegekräfte			
Literaturanalyse	Expertengespräche / Workshops	Workshop-Praktiker	Ergebnisse Interviews
Fachliche Kompetenzen			
Prävention und Gesundheitsförderung für die Pflegekräfte / Gesundheitsgerechtes Arbeiten (z.B. Kinästhetik)			
Fachsprache, Dokumentation für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund			

Methodenkompetenz			
Zeitmanagement	Lernen lernen		Management- und Führungskompetenzen
Planungs- und Steuerungskompetenzen			Arbeitsorganisation
Organisations- und Prozesswissen	Prozessbegleitung		Überleitungsmanagement
	Beratungs- und Steuerungskompetenz		
	Organisation		

Anlage 4: Überblick über die Qualifikationsanforderungen nach Kompetenzarten

Soziale Kompetenzen			
Delegieren, überprüfen			
Beratungskompetenz		Leitungskompetenzen z.B. Personalentwicklung	
Anleitungskompetenz		Anleitungskompetenz	
Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit, Teamfähigkeit		Kommunikationsfähigkeit	
Teamfähigkeit			
Konfliktmanagement			
Kultur- und Pflegeverständnis für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund			

Personale Kompetenzen			
Stressbewältigung			
Work-Life-Balance		Work-Life-Balance	
Kooperationsbereitschaft			

Anlage 4: Überblick über die Qualifikationsanforderungen nach Kompetenzarten

These 3: Wohnformen			
Literaturanalyse	Expertengespräche / Workshops	Workshop-Praktiker	Ergebnisse Interviews
Fachkompetenzen			
Gesetzliche Vorgaben z.B. Hygiene	Alltagsgestaltung,	Berufs- und Gesetzeskunde/ Berufspolitik	
Angehörigenarbeit	Wohnunterstützung	bereichsabhängig: von der Intensivpflege bis zur Hilfe bei der Alltagsbewältigung	
Information und Organisation von Hilfen		Wo und wie kann man Bewohnerinnen und Bewohner in den Alltag integrieren?	
Information und Vermittlung von technischen Hilfen			
Organisation der Alltagsbegleitung			
Behandlungspflege			

Methodenkompetenzen			
Organisationswissen	Arbeitsorganisation	Organisation	
Prozesswissen	Kompetenz, individuelle Bedürfnisse zu erkennen und daraus neue Aufgaben und neue Prozesse zu entwickeln (Prozessorientierung und Prozessentwicklung)	Managementaufgaben	
Schnittstellenmanagement	Schnittstellenmanagement		
Ideen- und Innovationsmanagement	Ideen- und Innovationsmanagement		

Anlage 4: Überblick über die Qualifikationsanforderungen nach Kompetenzarten

Soziale Kompetenzen			
Interdisziplinäre Teamarbeit	Anleitung und Beratung der Kollegen und Kolleginnen		
Kunden-/Serviceorientierte Kommunikation			
Personale Kompetenzen			
Dienstleistungsorientierung	Dienstleistungsorientierung		
Flexibilität	Denken in Prozessen		
Verständnis von Qualitätsmanagement	Selbstmanagement		
	Zeitmanagement		

Anlage 4: Überblick über die Qualifikationsanforderungen nach Kompetenzarten

These 4: Neue Technologien			
Literaturanalyse	Expertengespräche / Workshops	Workshop-Praktiker	Ergebnisse Interviews
Fachliche Kompetenzen			
Datenschutz / Datensicherheit		Qualifizierungsmaßnahmen nach dem Medizinproduktegesetz	
Datenauswertung / Datenmanagement		Sicherheitsüberprüfung von technischen Geräten	
Beratung im Bereich Telecare/Telemonitoring			

Methodenkompetenz			
Organisations- und Prozesswissen		Ordner mit Notfallplänen, regelmäßig Einweisungen	
Schnittstellenmanagement		Qualitätsmanagement	

Medienkompetenz			
ePflegedokumentation	Kenntnisse über Informationstechnologie	technisches Verständnis vermitteln, Einweisung und Schulung in die Technik	Erweiterung der EDV-Kenntnisse
eArztbrief	EDV-Kenntnisse		
eRezept	Kenntnisse über Finanzierungs- und Refinanzierungsmöglichkeiten		
Grundlegende PC-Kenntnisse			
Umgang mit neuen Technologien			

Soziale Kompetenzen			
mediale Kommunikation			

Anlage 4: Überblick über die Qualifikationsanforderungen nach Kompetenzarten

Personale Kompetenzen			
Ethische Fragestellung bzgl. Telecare/-monitoring			