

# **Qualität und Qualifizierung in der Altenpflege**

**8. Berlin-Brandenburger Pflorgetag**

**Berlin, 11.02.2010**



**Prof. Dr. Hermann Brandenburg**

**Freiburg, Vallendar**

**Lehrstuhl für Gerontologische Pflege**

**Pflegewissenschaftliche Fakultät PTHV**

**Dürers Mutter**  
geboren 1451,  
porträtiert von Albrecht Dürer im  
Alter von 63 Jahren



**Anna Kaessler**

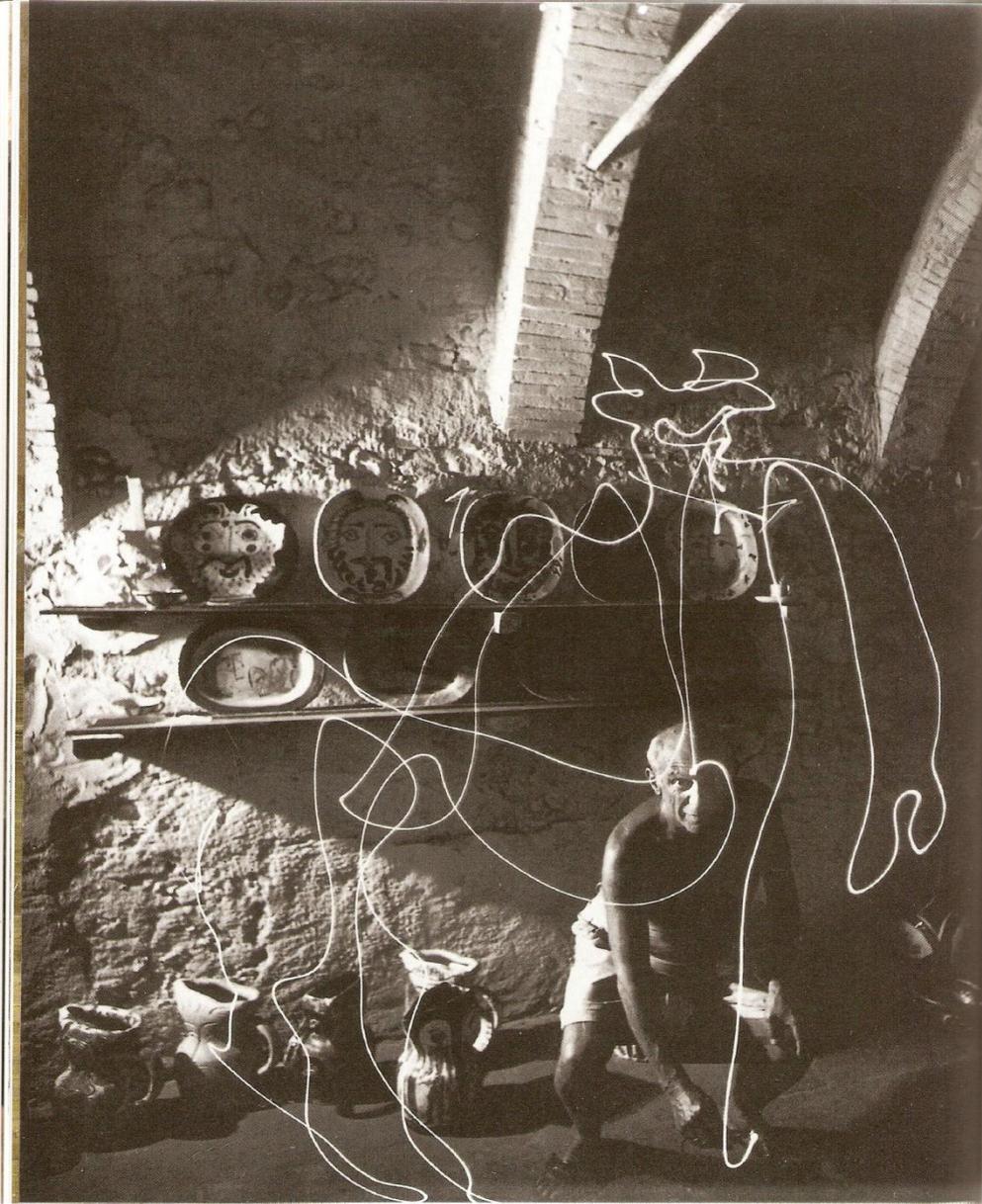
**geboren 1869 in Rödelsee/Unterfranken  
porträtiert 1970 im  
Alter von 100 Jahren**





In Paul Steinbergs Version („Ohne Titel“, 1954) des traditionellen Diagramms der menschlichen Lebensalter mündet die Ironie im Pathos. Der Erfolgsmensch steigt vom Säugling über die Kindheit zum Pfadfinder, Akademiker, Geschäftsmann und Magnaten auf ... um als „Playboy“ an einem Strand in Florida zu enden: im Ruhestand, entspannt, glücklich aber – nutzlos.

Quelle: Pat Thane 2005: Das Alter. Eine Kulturgeschichte



Quelle: Pat Thane 2005: Das Alter. Eine Kulturgeschichte

Es kommt nicht nur drauf an,  
wie alt wir werden,  
sondern wie wir alt werden;

es gilt,

nicht nur dem Leben Jahre zu geben,  
sondern den Jahren Leben zu geben!

*Älterwerden in unserer Zeit ist völlig anders  
als Älterwerden in früheren Zeiten*

# Gliederung

- I. Herausforderungen an die Altenpflege**
- II. Qualifizierung – was bringt sie?**
- III. Visionen guter Pflege**



# I. Herausforderungen an die Altenpflege

# Anforderungen an die Heime haben sich geändert

- Im Jahre 2007 werden 710.000 Personen vollstationär versorgt
- Das Durchschnittsalter liegt bei 82 Jahren

# Anforderungen an die Heime haben sich geändert

- 50-80% der Heimbewohner weisen eine psychische Störung auf
- Belastung der Pflegenden sehr hoch (Krankenstand mit 5,8% fast 1% höher als der Durchschnitt der AOK-Versicherten)

# Bewohnerstruktur

- Studien zeigen hohe Anteile von depressiver Stimmungslage (bei 70%), Angstzustände bei 60% und herausforderndes Verhalten bei 50% (vgl. Wingefeld & Schnabel 2002)
- Durchschnittliche Verweildauer liegt zwischen 3,4 Jahren (bei Männern bei 2,2 Jahren). Jeder fünfte Bewohner stirbt innerhalb von 6 Monaten (Schneekloth 2006)
- Ausgeprägte Problemkumulation (Multimorbidität)

# Zwei Mythen der Versorgung

- **Heim als Lebensort für die meisten alten Menschen?**
  - 4,9 der > 65-jährigen leben im Heim
  
- **Professionelle Pflege sichert die Versorgung?**
  - 70% aller Pflegebedürftigen werden von Angehörigen versorgt; im ambulanten Bereich entfallen 4% der Pflegezeiten auf Pflegedienste

# Drei Konsequenzen

- Die “Lösung“ der Pflegeherausforderung allein durch professionelle Pflege und Institutionen (Krankenhaus, Heim, ambulante Dienste) ist eine Illusion!
- Die Zivilgesellschaft („dritter Sektor“ – neben Staat, Markt) ist eine Perspektive, die zwingend ist! (Dörner, Klie, Gronemeyer)
- Der Einsatz der Technik durch Chips und elektronische Überwachungssysteme (z.B. bei Demenz) kann eine gute Pflege nicht ersetzen!

# Traditionelle und neue Pflegeeinrichtung

- Pflege als öffentliche Aufgabe, Gewährleistungspflicht
- Versorgungsprinzip, keine Wahlfreiheit für Bewohner
- Keine explizite Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskontrolle
- Anbietermonopol
- Dienstprinzip und Hierarchie
- Pflege als private u. öffentliche Aufgabe, Innovationszwang
- Nachfrageorientierung, Bedarfsbezug, Kundenwünsche
- Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskontrolle
- Leistungsbezogene Entgelte (Gebühren, Pflegesätze)
- Berufsprinzip und flache Hierarchie

# Erste Herausforderung: Pflegefokus

(Schaeffer & Wingenfeld 2008)

- Dominanz körperbezogener Maßnahmen
- Demenz wird nicht als eigenständiges Pflegeproblem wahrgenommen
- Präventive Konzepte werden nur in geringem Ausmaß eingesetzt
- Fokus ist nach wie vor die Versorgung, nicht die Förderung von Selbstständigkeit

# Zweite Herausforderung: Demenz

- Diagnostik der Demenz – ein Stiefkind!
- Hohe Belastung für die Pflegenden
- Eine Kernfrage: Welches Versorgungs- und Betreuungskonzept macht Sinn, ist umsetzbar?
- Im Heim: Integrative und segregative Konzepte (Weyerer et al. 2006, Reggentin 2005)

# Dritte Herausforderung: Pflegemängel

(Garms-Homolva & Roth 2004)

- Defizite bei der : Ernährungskontrolle, Sturzprophylaxe
- Dekubitusversorgung, Schmerzmanagement
- Unzureichende Pflegedokumentation/ Pflegeplanung
- Aber: Die Ursachen sind vielfältig!
  - Einstellung/ Mentalität / Pflegestile
  - Interprofessionellen Kooperation (mit Medizinern!)
  - (Klinische) Qualifikation (Beispiel: Ernährungsstudie der Uni Witten)
  - Management / Führungsstruktur der Heime

# Vierte Herausforderung: Mortalität / Palliativpflege

- Wolinsky et al. (1997) kommt auf Grundlage von Längsschnittstudien zu dem Befund, dass Alter, frühere Heimaufnahme, fehlende soziale Unterstützung und „Alleinleben“ die größten Risikofaktoren für die Aufnahme ins Heim darstellen. Bei dieser Stichprobe hatten Personen, wenn sie in ein Pflegeheim aufgenommen wurden, ein um 96% höheres Sterberisiko als Probanden, die zu Hause lebten.
- Sund-Levander et al. (2007) ermittelten die häufigsten Todesursachen von Bewohnern: Schlaganfall [25,8%], eine im Heim erworbene Pneumonie [24,2%] und Herzversagen [23,5].

# Fünfte Herausforderung

## Öffnung des stationären Sektors

- Interne und externe Öffnung des stationären Sektors durch
- Kleinräumigkeit durch Hausgemeinschaften
- Ambulante betreute Wohngruppen
- Auslagerung von Service-Angeboten
- Innovative Raumangebote im Wohnquartier



PFLEGEFORSCHUNG

Deutsches Institut für angewandte  
Pflegeforschung e.V. (Hrsg.)

# Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld

Innovationen für Menschen mit  
Pflegebedürftigkeit und Behinderung



schlütersche

# Vier Kernfragen für die Altenpflege

- (1) Wie können Konzepte guter Pflege umgesetzt werden – ohne dass die Pflege von externen Prüfinstanzen völlig fremdbestimmt wird?
- (2) Wie kann angesichts der Vielfalt der verwirrenden Vielfalt der Berufsbilder (Betreuungsassistenten, Alltagsbetreuer, Alltagsbegleiter) das Profil und das Selbstbewusstsein der Pflegenden gestärkt werden?
- (3) Wie können neue (akademisch qualifizierte) Profile (ANP) entwickelt und durchgesetzt werden?
- (4) Wie kann zivilgesellschaftliche „Öffnung“ von Heimen und ambulanter Pflege unter Beteiligung der Fachpflege auf Augenhöhe realisiert werden?

# Spagat von Nursing and Caring

## ➤ Nursing („Versorgung“)

- Fachlich-technischer Anteil (direkte Pflegeleistungen) – monologisch

## ➤ Caring („Sorge“)

- Sorge, bedürfnisbezogenes Verständnis - dialogisch

## II.

# Qualifizierung – was bringt sie?

## Wissen, Können, Sein



Hubble-Teleskop –  
Blick in die Unendlichkeit des  
Weltalls

Unendliche Variationsmöglichkeiten von Pflegesituationen, da  
der Zustand der Betroffenen sich ständig verändert

# 1.

## Ist die Altenpflege ein Zukunftsfeld?

- Antwort **ja**:
- Einerseits ist die Altenpflege ein Feld, in dem immer mehr Pflegende beschäftigt sind
- Andererseits ändern sich die Berufsprofile, d.h. die Dominanz der Pflege in der stationären (auch ambulanten) Pflege wird in Frage gestellt, z.B. durch „neue Berufe“
- Das ist eine Gefahr, aber auch eine Chance!
- Die eigentlich Problematik ist die Fremdregulierung der Pflege durch externe Anforderungen (MDK etc.)

## 2.

# Was bedeutet Professionalisierung in der Altenpflege?

- Bedürfnisse des Bewohners erkennen (gute Pflegediagnostik und Interventionsplanung)
- Aushandlungsgeschehen (nicht nur ich und meine [ fachliche] Position, sondern Leben mit Unvollkommenheiten)
- Evidenz-based oder knowlege-based Nursing (aber externe Evidenz [Wissenschaft] und interne Evidenz [Subjektives Urteil der Betroffenen])

# Das fundamental Andere des professionellen Handelns

- Fokus auf ein **Fallverstehen** [Oevermann]
- Notwendigkeit der **Distanz zur eigenen Person und zum eigenen Alltag**
- **Kritische Reflexion** und Anwendung wissenschaftlich gestützter Interventionskonzepte
- Wichtig: **Anleitung, Begleitung, Unterstützung** auch für nicht pflegerisch Qualifizierte (Alltagsbegleiter, Service-Kräfte, Ehrenamtliche, Angehörige)

# Meta-Qualifikation

Die eigentliche Qualifikation ist die Befähigung zur Bewältigung offener, unbestimmter Situationen, zum flexiblen Umgang mit Regeln, zur dynamischen Selbstorganisation, d.h. eine „Fachkompetenz zweiter Art“



**Worauf läuft das hinaus?**

**Professionelle Handlungssteuerung  
des Pflegeprozesses  
(und zwar nicht im Sinne einer  
linearen Logik!)**

# 3.

## Was bringt Qualifizierung?

Das Beispiel der Studien von Aiken et al. (2001, 2002, 2003)

- Antwort: **viel, aber sie ist kein Allheilmittel!**
- Studie in fünf Ländern (USA, Kanada, Deutschland, England, Schottland): 713 Krankenhäuser, 43.000 Pflegende
- Focus auf die Zusammenhänge zwischen Personal, Organisation, Zufriedenheit von Pflegenden und Sterberaten
- Ergebnis: Eine Erhöhung der Pflegenden mit BSN um 10% reduziert Mortalität und failure to rescue um 5% (innerhalb von 30 Tagen)

\* Tod eines Patienten infolge einer unvorhergesehener Komplikation, welcher durch entsprechendes Handeln hätte vermieden werden können

# Bildungslevel von Pflegenden und Ergebnisqualität

Estimated Rates of Mortality and Failure to Rescue per 1000 patients,  
by Levels of Nurse, Education and Staffing (Aiken 2003)

## Staffing (Patients per Nurse)

Education in % with BSN

8

6

4

Overall

### Mortality

20	23,8	21,6	19,7	21,1
40	21,7	19,8	18,0	19,2
60	19,8	18,0	16,4	17,5
Overall	22,0	20,0	18,2	19,5

### Failure to rescue

20	100,2	92,6	85,4	90,4
40	92,2	85,0	78,4	83,1
60	84,7	78,0	71,8	76,2
Overall	93,4	86,2	79,5	84,3

# Magnetspitäler in den USA

1. Zusammenarbeit mit klinisch kompetenten Pflegenden
2. Gute Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegenden
3. Autonomie und Verantwortlichkeit der Pflegenden
4. Unterstützung durch das Pflegemanagement
5. Kontrolle der Pflege über die eigene Pflegepraxis
6. Unterstützung von Ausbildung
7. Adäquate Stellenbesetzung
8. Die Belange der Patienten haben höchste Priorität

# Auswirkungen auf Pflegende

- Niedrigere Fluktuation
- Niedrigere Burnoutraten bei Pflegenden
- Höhere Zufriedenheit der Pflegenden mit ihrem Beruf und mit der geleisteten Pflege (43% exzellente Pflege verglichen mit 10% im nationalen Durchschnitt)
- Höhere Kontinuität und Qualität der Pflege durch weniger Restrukturierungen

(z.B. Aiken et al. 2002; Buchan 1999)

# Auswirkungen auf Patienten

- Kürzere Verweildauer bei Patienten
- Niedrigere Intensiv-Pflegetage
- Höhere Patientenzufriedenheit
- Geringere Mortalitätsraten (von total 5% bis zu 60% bei Patienten in spezialisierten AIDS-Abteilungen)

(z.B. Aiken et al. 2002, Aiken et al. 1998)

# Bildung, Qualifikation und Situation der Betroffenen

Forschungsbefunde zeigen die Verbesserung der Pflege alter Menschen durch evidence based care interventions

- **Die Reduzierung von freiheitsentziehenden Maßnahmen**  
(Evans et al. 2002, Bourbonniere et al. 2003, Klie et al. 2005)
- **Assessment und Management von Dekubitalulcera**  
(Schoonhoven et al. 2002, DNQP 2001)
- **Ernährung in Langzeitpflegeeinrichtungen**  
(Crogan et al. 2001, BUKO 2006)
- **Verhinderung von Stürzen**  
(Schwendimann et al., J Geron Nurs, in press, Becker et al. 2003 [activinjedemalter.de], DNQP 2002)

# Was haben die Innovationen im Bereich der Pflegeausbildung gebracht?

- Antwort: **ein wichtiger Schritt, aber noch nicht genug!**
- 2003: Einheitliches Altenpflegegesetz
- 2004: Reform der (Kinder)-Krankenpflegeausbildung
- Überwindung der Krankheitsorientierung, Integration von Gesundheitsförderung/ Prävention, Lernfeldansatz, qualifikatorische Mindestanforderungen an die Lehrenden
- Problem: Gefahr einer regionalen Diversifizierung, da die Länder vergleichsweise große Gestaltungsspielräume besitzen (Becker 2006)

# Pflegeausbildung in Bewegung

BMFSFJ (2008)

- 8 Modellprojekte mit unterschiedlichen Ansätzen der Zusammenführung der Pflegeausbildungen
- ✓ Einem umfassenden Pflegebegriff wurde in den Curricula Rechnung getragen
- ✓ Eine Integration der Berufsausbildungen in der Größenordnung von 90% ist möglich, wurde sowohl von Schülern wie auch Lehrenden begrüßt und wird insbesondere auch der Pflege alter Menschen gerecht (Beratung, Rehabilitation, Palliation)

# Empfehlung der wiss. Begleitung

- Integrierte Pflegeausbildung mit generalistischer Ausrichtung aus den bisherigen drei Berufen
- Bundeseinheitliches Pflegeausbildungsgesetz soll eine dreijährige Ausbildungszeit mit einem einzigen Berufsabschluss regeln
- In der praktischen Ausbildung sollte eine Vertiefung in einem Arbeitsfeld erfolgen, wo auch die praktische Prüfung abgelegt wird
- Die gesetzliche Reform sollte durch ein Reform der Finanzierungsstrukturen begleitet werden; diese stehen in ihrer jetzigen Form einer Integration der Pflegeausbildungen entgegen

## 5.

# Wie steht es um die Akademisierung der Altenpflege ?

- Antwort: **noch schlecht, Besserung in Sicht!**
- Mehrzahl der Pflegestudiengänge an den Fachhochschulen, damit nicht forschungs- sondern berufsfeldorientiert (vorwiegend: Pflegemanagement/ Pflegepädagogik) – Desiderat: **Klinische Praxis!**
- Keine Schwerpunkte (bestenfalls Akzente) im Bereich der Altenpflege

## 5.

# Wie steht es um die Akademisierung der Altenpflege ?

- Forschung an primär an Unis (Witten, Bremen, Halle, Berlin, Bielefeld etc.)
- „Krankenhauslastigkeit“ der Pflegestudiengänge!
- Altenpflege muss kein kein Sackgassenberuf sein (Beispiel Rheinland-Pfalz)

# Pflegestudiengänge und Gerontologie – eine kleine Expertise

- Kontaktierung von 34 Mitgliedern der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft (Stand 2006)
- Auswertung von 19 Modulhandbüchern, 12 schriftlichen Zusatzinformationen, 4 Studienverlaufsplänen, 1 Infoblatt
- Datengrundlage: 42 von 56 Pflegestudiengängen)
- Kategorienanalyse mit Hilfe v. MAXqda 2 (Qualitatives Auswertungsprogramm)

\* plus Fern-Fachhochschule Hamburg und DRK-FH Göttingen

# Umfang der Gerontologie

- 11 Hochschulen haben explizit gerontologisch ausgewiesene Module (in der Regel 1-2)
- 14 Hochschulen integrieren gerontologische Themen/Inhalte in andere Module
- 3 Hochschulen bieten die Möglichkeit eines gerontologischen Studienschwerpunkts/Wahlbereich
- Der Umfang gerontologischer Fachinhalte liegt zwischen 2,6 und 5,7% (in der Regel 4 SWS)

# Inhalte der Gerontologie

- Quantitativ ist die Gerontologie angesichts ihrer Relevanz unterrepräsentiert
- Qualitativ zeigt sich ein breites inhaltliches Spektrum mit Fokus auf allg. gerontologische Fachinhalte
- Wissensbestandteile mit besonderer Relevanz für die Pflege alter Menschen (z.B. Klinische Problemfelder, Pflegekonzepte, Versorgungsforschung etc.) sind nur rudimentär erkennbar

# Erste Schlussfolgerung

- Es spricht viel für eine **generalistische** Lösung (mit Integration der Inhalte, Themenbereiche, erforderlichen Kompetenzen für die professionelle Pflege alter Menschen)
- Und es spricht viel für einen **klinischem Fokus von Bachelor- und Masterstudiengängen** – mit Schwerpunkt auch auf Fragen der gerontologischen Pflege

# Zweite Schlussfolgerung

- Es sollte spezielle Module für die gerontologische Pflege geben, die für **alle** verbindlich sind
- z.B. Prävention und Gesundheitsförderung im Alter
- z.B. Klinische Problemfelder bei der Pflege alter Menschen (Sturz, Dekubitus, Kontinenz etc.)
- z.B. Anforderungen an die Pharmakotherapie alter Menschen
- z.B. Umgang mit herausforderndem Verhalten
  
- Rosenfeld et al. 1999 - Studie aus den USA

# Dritte Schlussfolgerung

- **Interdisziplinarität** und **Kooperation** müssen konkret eingeübt werden, z.B. durch gemeinsame Veranstaltungen von Pflege und Sozialer Arbeit
- Gegenstand der Lehrveranstaltung: Selbstverständnis der Professionen, ihr spezifischer Beitrag, ihre Differenz
- Rudi Dutschke: „Je mehr wir uns auseinandersetzen, desto besser werden wir uns verstehen“
- Martin Heidegger: „Die Wissenschaftler denken nicht“

# Vierte Schlussfolgerung

- Vorsicht vor der „Auflösung“ spezifischer gerontologisch-geriatrischer Fachinhalte in allgemeinen Themen
  - z.B. Entwicklung im Lebenslauf (ohne expliziten Bezug aufs Alter)
  - z.B. Ethik (ohne Bezug zu ethischen Dilemmata im Alter)
  - z.B. Krankheiten und Interventionen (ohne Bezug zu alternstypischen Krankheiten und spezifischen Verläufen/Komplikationen)
  - z.B. Wohnen und Wohnumfeld (ohne Bezug zum Alter, Folgen der Institutionalisierung etc.)

# Interdisziplinärer Schwerpunkt Angewandte Gerontologie



KATHOLISCHE FACHHOCHSCHULE FREIBURG  
CATHOLIC UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES  
Hochschule für Sozialwesen, Religionspädagogik u. Pflege



Evangelische  
Hochschule  
Freiburg

EVANGELISCHE HOCHSCHULE FREIBURG  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES  
Hochschule für Soziale Arbeit, Diakonie und Religionspädagogik

## Zertifikat

**Frau [Anna Mustermann]**

geb. am [XXXX.XXXX]

hat erfolgreich den

### Interdisziplinären Schwerpunkt Angewandte Gerontologie - ISAG -

absolviert und die erworbenen Kenntnisse in einem Abschlusskolloquium nachgewiesen. Erworben wurden folgende fachspezifische Kompetenzen:

#### Pflichtbereich:

Modul 1:	Basisswissen Gerontologie	2 SWS
Modul 2:	Soziale Gerontologie	4 SWS
Modul 3:	Gerontologische Pflege	4 SWS
Modul 4:	Interventionsgerontologie	4 SWS
Modul 5:	Ethisch-philosophische und religiöse Grundfragen der Gerontologie	4 SWS

#### Wahlpflichtbereich:

Modul 6:	Diagnostik, Beratung	2 SWS
Modul 7:	Freizeit, Bildung, Kultur	2 SWS
Modul 8:	Vernetzung, Planung	2 SWS
Modul 9:	Führung, Leitung	2 SWS

Freiburg, den 20. Februar 2009

Für das ISAG-Kollegium (Prof. Dr. Cornelia Kricheldorf, KFH / Prof. Dr. Hermann Brandenburg, KFH / Prof. Dr. Berthold Dietz, EH / Prof. Dr. Thomas Klie, EH)

Prof. Dr. Edgar Kössler  
Rektor der Katholischen Fachhochschule Freiburg

Prof. Dr. Reiner Marquard  
Rektor der Evangelischen Hochschule Freiburg

# Qualifizierungsnetzwerk



# Abschließende Einschätzung zur Akademisierung der Altenpflege I

- Es gibt kein einheitliches Rahmencurriculum der Pflegestudiengänge, welches die Essentials in der Altenpflege festlegt (anders die Entwicklung der gerontologischen Studiengänge, angestoßen durch den Präsidenten der DGGG, Prof. Klie)
- Notwendig wäre ein ähnlicher Prozess der Konsentierung relevanter Inhalte der Pflegestudiengänge über ein „Kerncurriculum“ (z.B. über das Papier der Sektion Hochschullehre der DGP)

# Abschließende Einschätzung zur Akademisierung in der Altenpflege II

- Ein Teil der Absolventen der FH-Studiengänge geht in die Altenpflege (etwa 20-25%)
- Die Mehrheit übernimmt Leitungspositionen (BWL, PDL, HL)
- Interessant ist, dass viele der befragten Personen die Arbeitsmarktentwicklung skeptisch einschätzen. Einerseits wird ein fehlender Bedarf an akademisch qualifizierten Pflegenden festgestellt, andererseits werden problematische Arbeitsbedingungen kritisiert

# Abschließende Einschätzung zur Akademisierung in der Altenpflege III

- Ein Hauptproblem liegt darin, dass im Bereich der Altenpflege die Betriebe zu klein sind, Karriereoptionen kaum gegeben sind – vor allem nicht in der Praxis!
- Für viele ist daher (leider!!!) die Altenpflege (stationär und ambulant) ein Durchgangstadium – auf der Suche nach besseren Arbeits- und Verdienstmöglichkeiten

# Abschließende Einschätzung zur Akademisierung in der Altenpflege IV

- Konsequenz für die Ausbildung an den Fachhochschulen:
- Nicht nur Irritation (die ist auch wichtig und zwingend für intellektuelle Prozesse)
- Sondern auch: Netzwerke mit der Praxis in der Langzeitpflege, gemeinsame Lehrveranstaltungen mit den dort Verantwortlichen (Leitungen, Innerbetriebliche Fortbildung, Pflegefachkräfte)

# Abschließende Einschätzung der Akademisierung in der Altenpflege V

- Konsequenzen für die Altenpflege: Innovationen in folgenden Bereichen:
  - Schaffung demografiefester Arbeitsplätze
  - Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen (Runder Tisch, Ethik-Komitees)
  - Betriebliche Gesundheitsförderung
  - Lehrpflegeheime (nicht nur Lehrkrankenhäuser!)
  - Supervision, Qualifizierung und innerbetriebliche Fortbildung (IBF)

# Was brauchen akademisch qualifizierte Personen in der Altenpflege?

- Aussagen aus **Experteninterviews** mit Trägervertretern großer Altenhilfeeinrichtungen in Baden-Württemberg
- „Ich wünsche mir Personen, die Lust haben die Pflege voran zu bringen“
- „Die PDL's – die müssen brennen! Immer dann, wenn die Begeisterung da ist, dann ist eine Change für Entwicklung gegeben.
- „Ich glaube, dass Pflege stärker pro aktiv werden muss, d.h. ihren Wert in der Versorgung von Menschen erkennen und deutlich machen!

# Über Geld muss auch geredet werden!

- Die Frage nach der **Bezahlung**: Warum werden im Bereich der Arzneimittel in Deutschland Jahrestherapiekosten in Höhe von 100.000 Euro pro Fall akzeptiert, auch wenn kein gesicherter oder nur ein marginaler Nutzen vorliegt, während im Bereich der Pflege nicht einmal Mindestlöhne in Höhe von 7,50 Euro pro Stunde konsentiert werden können?
- In Deutschland wird die Pflege von Menschen (Frauenberuf) schlechter bezahlt als die Pflege von Tieren (Männerberuf) – Meldung in der FAZ vom 16./17.08.2008

# Und über noch etwas anderes: Gutachten v. Professor Igl (2008)

- Die Verkammerung der Pflegeberufe ist grundsätzlich möglich; damit wird ein legitimes öffentliches Interesse verfolgt!
- Die Einrichtung von vorrangigen und vorbehaltenen Aufgaben ist ebenfalls möglich und verletzt nicht die Berufsfreiheit der Ärzte; sie setzt allerdings einen Qualifikationsvorsprung voraus!

# Gutachten v. Professor Igl (2008)

- Modellvorhaben (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) nach § 63 Abs. 3b SGB V eröffnen die Chance zur eigenständigen Leistungserbringung (im ambulanten Bereich). Dies ist ein erster Schritt zur berufsrechtlichen Wahrnehmung der Pflegerealität!
- Ein direkter Nutzerzugang und eigene Verordnungstätigkeit (z.B. bei Verbands- und Hilfsmitteln) sind unter bestimmten Voraussetzungen möglich

# Gutachten v. Professor Igl (2008)

- Wichtig ist die Beteiligung in den Gremien und bei der Normsetzung
- Gemeinsamer Bundesausschuss
- Vertretung der Pflegeberufe im Institut f. Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
- etc.



**III.  
Meine Vision:  
Was ist  
gute Pflege?**

# Gute Pflege

- Aristoteles: Mesotêslehre
- Es geht um das Finden der „richtigen Mitte“
- Abwägen (Dialog) zwischen
  - Fachlichkeit
  - Wünschen des / der Betroffenen
  - Ethische Vorgaben der Profession

# Meine Vision

## - zur Qualitätssicherung in der Pflege

- Pflegewissenschaft und Pflegepraxis bestimmen die Beurteilungskriterien tatsächlich mit
- z.B. über ihre Beteiligung in den relevanten Gremien (Beteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss und des Spitzenverbands der Krankenkassen)
- Einsicht in die Bedeutung der Autonomie und Eigenverantwortung der Praxis - statt immer mehr externe Regulierung und Kontrolle!

# Meine Vision

## - zur Ausbildung in der Pflege

- Eine Integration der Pflegeausbildungen mit generalistischer Ausrichtung wird Standard
  - z.B. durch drei Jahre Ausbildungsdauer
  - z.B. durch vollständige theoretische Integration
  - z.B. durch Differenzierung in der praktischen Ausbildung
- Einsicht in die Notwendigkeit einer Pflegeausbildung, die den Weg noch oben offen hält! (horizontale und vertikale Durchlässigkeiten)

# Meine Vision

## - zur Akademisierung der Pflege

- Pflege zu studieren ist – wie auch im Ausland – eine Selbstverständlichkeit in Deutschland
- z.B. durch neue Bachelor- und Masterstudiengänge an Hochschulen
- z.B. durch innovative Schwerpunktsetzungen (ANP)
- z.B. durch interdisziplinäre Angebote (in Kooperation mit der Medizin, der Psychologie etc.)
- Einsicht in die Dringlichkeit der Akademisierung - angesichts von 0,1% der Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen mit akademischem Hintergrund!

# Altenpflege ist Teamarbeit - und macht auch Spaß!



**Pflegeteam Stieltuis, Schweiz**

# **PHILOSOPHISCH-THEOLOGISCHE HOCHSCHULE VALLENDAR**

Staatlich und kirchlich anerkannte wissenschaftliche Hochschule  
- Die Universität im „Grünen“ -

**Herzlichen Dank**

