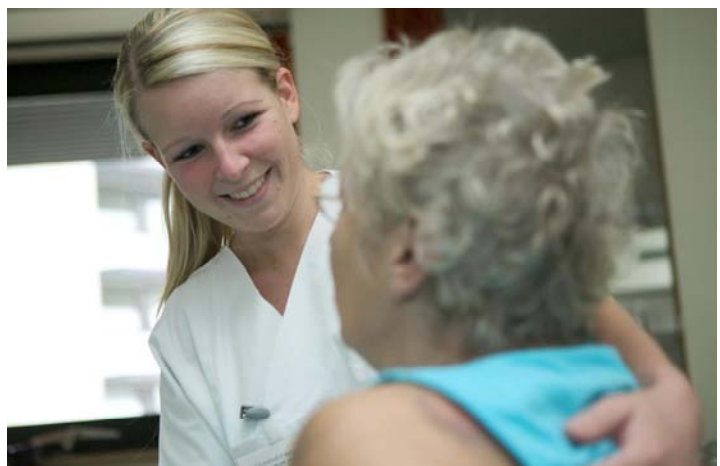


Bericht - Situation und Perspektiven der Pflege in Bremen und Bremerhaven 2009



Die Senatorin für Arbeit, Frauen,
Gesundheit, Jugend und Soziales
>> Abteilung Gesundheit <<



**Freie
Hansestadt
Bremen**

Dieser Bericht wurde erstellt von

Antje Kehrbach
Holger Kühl

Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales
Referat für Pflege, Ärztliche Angelegenheiten, Infektionsschutz, Gesundheitsfachberufe,
Frauengesundheit, Gesundheitswirtschaft

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck
Prof. Dr. Petra Kolip
Matthias Zündel

Universität Bremen
IPP - Institut für Public Health und Pflegeforschung

Inhalt

Vorwort	5
Danksagung	6
Einleitung	7
Definition der Pflege – International Council of Nurses ICN.....	9
A. Herausforderungen für die Pflege in Deutschland.....	10
B. Methoden	17
1. Fragebogenerhebung	17
2. Expertenworkshops	19
3. Qualitative Interviews.....	19
C. Darstellung der Ergebnisse.....	20
1. Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals.....	20
1.1 Grundausbildung	20
1.2 Fortbildung.....	21
1.3 Weiterbildung.....	22
1.4 Akademische Abschlüsse	23
2. Altersstruktur und Betriebszugehörigkeit des Pflegepersonals	24
2.1 Altersstruktur	24
2.2 Betriebszugehörigkeit.....	25
3. Vergütung und Interessenvertretung	26
4. Herkunft des Pflegepersonals.....	28
5. Qualitätssicherungssysteme und Expertenstandards.....	28
5.1 Implementation von Qualitätssicherungssystemen.....	29
5.2 Implementation von Expertenstandards.....	29
6. Institutionelle Kooperationen und Schnittstellenmanagement.....	30
6.1 Institutionalisierte Kooperationen	31
6.2 Schnittstellenmanagement.....	32
7. Angebot und Bedarf an pflegerischen Dienstleistungen.....	33
8. Herausforderungen	37
9. Das Angebot an Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege.....	38
9.1 Ausbildung.....	38
9.2 Fortbildung.....	40
9.3 Weiterbildung.....	41
9.4 Hochschulische Bildungsangebote	41
10. Pflegewissenschaftliche Forschungseinrichtungen	42
Zusammenfassung.....	44
D. Empfehlungen aus pflegewissenschaftlicher Sicht.....	48
E. Eckpunkte einer Pflegepolitik der Zukunft.....	51
F. Literaturverzeichnis.....	56
Anlagen.....	59

Vorwort

Pflege ist ein Zukunftsthema! In den nächsten Jahren wird es mehr Menschen geben, die Pflege brauchen. Die ambulante Versorgung wird zunehmen, die Anforderungen an die Krankenhausversorgung werden immer spezifischer und die Krankheitsbilder werden sich ändern. Die gute Zusammenarbeit und Vernetzung der Sektoren - ambulant und stationär - wird immer bedeutender werden. Pflegeangebote müssen künftig entsprechend ausgestaltet werden. Qualifikationen für Beschäftigte in der Alten- und Krankenpflege müssen angepasst werden. Dabei geht es auch um die von Ärzten und Pflegenden gemeinsam zu gestaltende Aufgabenteilung und neue Aufgabenzuschnitte in der gesundheitlichen Versorgung der Zukunft.



Um verlässliche und vorausschauende Informationen über die Situation in der Kranken- und Altenpflege in Bremen und Bremerhaven zu bekommen, wurden 2008 Basisdaten pflegerischer Versorgung erhoben. Dazu wurden einerseits Bremer Pflegeeinrichtungen über Strukturdaten wie Beschäftigte, Qualifikation, pflegerische Versorgungsangebote, Leitbild, Pflegekonzepte etc. befragt. Andererseits bot ein Expertenhearing die Möglichkeit, die erhobenen Daten zu ergänzen, sie auf die bekannten Bedarfslagen zu beziehen und Prognosen über die zukünftige Entwicklung der Pflege im Land Bremen abzugeben.

Das Projekt wurde in Zusammenarbeit mit Krankenkassen, Wohlfahrtsverbänden, Bremer Krankenhäusern, der Bremer Heimstiftung, Bremer Pflegeschulen, dem Bremer Qualitätsbüro und der Arbeitnehmerkammer vorbereitet und durchgeführt. Das Bremer Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) an der Universität Bremen hat das Vorhaben wissenschaftlich begleitet.

Liebe Leserinnen und Leser, ich freue mich sehr, Ihnen das Ergebnis der Befragung, den Bericht zu Situation und Perspektiven der Pflege in Bremen und Bremerhaven, vorlegen zu können.

Wie zu erwarten war, liegt hiermit eine erste Bestandsaufnahme zu professionellen Pflegeangeboten aller Sektoren im Land Bremen vor. Die Interpretation der Daten des Berichts zeigt, dass die pflegerische Versorgung in Bremen eine stabile Basis hat und über wertvolle Potentiale verfügt. In den von uns entwickelten Eckpunkten einer Pflegepolitik der Zukunft werden erste Schlussfolgerungen für Strukturen und Inhalte einer künftigen Versorgung durch die Pflege gezogen.

Ingelore Rosenkötter

Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend, und Soziales

Danksagung

Wir möchten uns an dieser Stelle ganz herzlich bei allen bedanken, die das Projekt der Erstellung eines Berichtes zu Situation und Perspektiven der Pflege in Bremen und Bremerhaven unterstützt haben.

Hier sind vor allem die Mitglieder des Projektbeirates zu nennen, die die Entwicklung des Projektes engagiert und fachkundig begleitet haben. Ein besonderer Dank geht an alle Leistungserbringer, Schulen, Weiterbildungsstätten, die Hochschule und die Universität Bremen, die die Fragebögen beantwortet, am Expertenhearing teilgenommen haben oder sich in Interviews befragen ließen.

Die fachliche, kompetente und persönlich sehr gute Zusammenarbeit mit Frau Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Frau Prof. Dr. Petra Kolip und Herrn Mathias Zündel vom IPP haben ermöglicht, das Projekt erfolgreich zum Abschluss zu bringen.

Vielen Dank allen!

Antje Kehrbach

Holger Kühl

*Referat Ärztliche Fragen im Gesundheitswesen, Pflege,
Gesundheitsberufe, Infektionsschutz und Gesundheitswirtschaft*

Einleitung

Die Pflege als die größte Beschäftigungsgruppe im Gesundheitswesen ist einem tief greifenden Wandel unterworfen. Die Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der Berufsgruppe sind fokussiert auf die Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit der Bevölkerung. Dies wird in zahlreichen internationalen Erklärungen anerkannt, beispielsweise in der Ottawa Charta von 1986 sowie der Münchner Erklärung von 2000.

Demografische, epidemiologische und soziale Veränderungen der Gesellschaft sowie Umstrukturierungen des bundesdeutschen Gesundheitssystems verändern die Aufgabenstellung der Pflege.

In einer Situation weitreichender Veränderungsprozesse in der Pflege ist eine gute Daten- und Informationsbasis hilfreiche und notwendige Voraussetzung zielgenauer Initiativen und Impulse.

Um verlässliche aktuelle Informationen über die gegenwärtige Situation der Pflege im Land Bremen zu gewinnen und daraus auf bildungs- und gesundheitspolitischer Seite Konsequenzen ziehen zu können, wurde das Institut für Public Health und Pflegeforschung (Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck; Prof. Dr. Petra Kolip) von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales damit beauftragt, Basisdaten pflegerischer Versorgung zu erheben und auszuwerten sowie die gefundenen Ergebnisse in Expertenworkshops vorzustellen und die Ergebnisse zusammenzufassen.

Vor dem Entstehen des Pflegeberichts stellte sich die Datenlage für die Pflege im Lande Bremen unübersichtlich und verwirrend dar. Viele Quellen, die für sich genommen vorgegebene Fragestellungen befriedigend beantworten, erwiesen sich als wenig oder nur bedingt geeignet,

übergreifende Aussagen zu begründen und zu belegen¹.

Zudem sind die vorhandenen Daten zur Pflege bundes- wie landesweit wenig miteinander verknüpft und lückenhaft, so dass von einem „inhomogenen Datenberg“ gesprochen werden kann (Weidner/Dörpinghaus 2003).

Um Fehlversorgungen rechtzeitig begegnen zu können, wird daher für die Bundesrepublik analog zur Gesundheitsberichtserstattung eine regelmäßige Pflegeberichterstattung gefordert. Das im Land Bremen angestrebte Projekt ist als erster Schritt in diese Richtung zu verstehen.

Es wurden zunächst ausschließlich Daten zur Angebotsseite, aber noch keine Daten zum Pflegebedarf erhoben. Dazu wurden einerseits Bremer Pflegeeinrichtungen über Strukturdaten wie Beschäftigte, Qualifikation, pflegerische Versorgungsangebote, Leitbild, Pflegekonzepte etc. befragt. Andererseits bot ein Pflege-Expertenhearing die Möglichkeit, die erhobenen Daten zu ergänzen, sie auf die bekannten Bedarfslagen zu beziehen und Prognosen über die zukünftige Entwicklung der Pflege im Land Bremen abzugeben.

Diese beziehen sich auf Maßnahmen für eine angemessene gesellschaftliche Anerkennung der Pflege, eine notwendige Bildungsoffensive, um den zukünftigen quantitativen Bedarf an beruflich Pflegenden sowie den qualitativen Bedarf an hochwertiger Pflege decken zu können, sowie auf die Erhöhung der Attraktivität des Arbeitsfeldes Pflege. Zudem werden Schritte einer besseren Kooperation und Zusammenarbeit der Berufe im Gesundheitswesen skizziert.

Inhaltlich besteht der Bericht aus drei Teilen. Im ersten Teil **A** „Herausforderungen für die Pflege in Deutschland“ werden die wesentlichen demografischen, sozialen und gesundheitspolitischen

¹ Recherchen zu den Quellen pflegerischer Versorgung in Bremen finden sich im Anhang.

Entwicklungen inklusive ihrer Auswirkungen auf die gesundheitliche Versorgung durch die Pflege beschrieben.

Im zweiten Teil werden unter **B** die Methoden der Befragung, unter **C** die vom IPP erhobenen Daten (Befragungen durch Fragebogen, Expertenhearings und Einzelinterviews) sowie unter **D** schlussfolgernde Empfehlungen aus pflegewissenschaftlicher Perspektive dargestellt. Der zweite Teil mit den Punkten B, C und D wurde vom Institut für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen in enger Abstimmung mit

der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales verfasst.

Unter **E** werden in einem dritten Teil Eckpunkte einer Pflegepolitik der Zukunft für das Land Bremen in Thesenform formuliert.

Verwendete Literatur zu allen Teilen des Berichts wird unter **F** aufgelistet.

Verwendete Materialien, Fragebögen, Einzelauswertungen und ergänzende Informationen finden sich im Anhang **G**.



Karten auf einer Moderationswand bei einer der ersten Sitzungen des Projektbeirats

Da die Pflege ein weiblich geprägtes Berufsfeld darstellt, wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit vorwiegend die weibliche Sprachform verwendet. Sofern nicht anders vermerkt, sind Männer selbstverständlich immer mit gemeint.

Alle Fragebögen enthielten geschlechtssensible Antwortmöglichkeiten. Soweit diese in einzelnen Aspekten von den Antwortenden nicht genutzt wurden, erfolgt keine entsprechende Ausweisung.

Definition der Pflege – International Council of Nurses ICN



Das Aufgabenspektrum von Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse, Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.²

² <http://www.dbfk.de/download/ICN-Definition-der-Pflege-DBfK.pdf> --> Original unter www.icn.ch/definition.htm

A. Herausforderungen für die Pflege in Deutschland

Die Themen Gesundheit und gesundheitliche Versorgung sind in den letzten Jahren deutlich in den Fokus des öffentlichen Interesses gerückt. Neben der veränderten individuellen Wertigkeit wird die volkswirtschaftliche Bedeutung von Gesundheit mehr und mehr thematisiert.

Die Gesamtgesundheitsausgaben belaufen sich in Deutschland auf ca. elf Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Der Gesundheitssektor mit seinen unterschiedlichen Dienstleistungsangeboten, sowohl solidarisch finanziert als auch durch freiwillige private Ausgaben, ist einer der größten Beschäftigungszweige in Deutschland. Insgesamt waren 2005 ca. 4,3 Millionen Menschen, d.h. jede neunte berufstätige Person, im Gesundheitssektor beschäftigt (Isfort/Weidner 2007). Die Gruppe der Pflegenden stellt mit etwa 1,2 Millionen Personen die größte Beschäftigungsgruppe im Gesundheitswesen dar und erbringt dabei einen essentiellen Beitrag zur Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit der Bevölkerung (DPR/2007).³

Angaben des Statistischen Bundes- und Landesamtes folgend liegt die Zahl der professionell Pflegenden in den Krankenhäuser sowie der ambulanten und stationären Pflege im Land Bremen bei über 18.000. Bei dieser Zahl bleiben viele Bereiche unberücksichtigt (u.a. teilstationäre Einrichtungen, Behinderteneinrichtungen, Aus- und Weiterbildung, Gesundheitsverwaltung).

Der Einfluss des demographischen und sozialen Wandels, der medizinische Fortschritt und die Ressourcenknappheit der Kranken- und Gesundheitsversorgung in Deutschland erhält zunehmend Aufmerksamkeit.

Bei der Analyse der demografischen Einflussgrößen wird die zukünftige Verschiebung der Altersstruktur der Bevölkerung besonders herausgestrichen. Die Ursache hierfür wird einerseits in

dem steigenden Anteil älterer und hoch betagter Menschen gesehen, andererseits im Geburtenrückgang der letzten 30 Jahre und der damit verbundenen Abnahme der Personen im erwerbsfähigen Alter. Zu dem kommt eine Zunahme der Lebenserwartung der Menschen. Bis zum Jahr 2025 steigt die Lebenserwartung bei Frauen von 80,6 auf 83 Jahre und bei Männern von 74,4 auf 76 Jahre (Robert Koch Institut 2002). Im Weiteren wird sich die Zunahme hochaltriger Personen auf die Pflegebedürftigkeit auswirken, da nach dem Erreichen des 80. Lebensjahres Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit überproportional ansteigen. Prognosen gehen davon aus, dass die Zahl der Pflegefälle zunehmen wird, aber auch der Grad der durchschnittlichen Pflegebedürftigkeit (DIW-Gutachten 2001).

Diese möglichen Auswirkungen einer längeren Lebenserwartung auf das Krankheitsgeschehen werden aktuell kontrovers diskutiert. Expertenmeinungen reichen von der optimistischen Einschätzung, dass die Verlängerung des Lebens mit einem altersmäßigen Herausschieben schwerer gesundheitlicher Beeinträchtigung einhergeht, bis hin zu der negativen Erwartung der Zunahme der Morbidität im Alter. Als Grund für diese Unsicherheit wird der medizinisch technische Fortschritt angegeben, der ein frühzeitiges Erkennen und die Behandlung einer Erkrankung ermöglicht und somit einerseits zu einer Verlängerung der Überlebenszeit und andererseits zu einer Chronifizierung von Krankheiten führt. Trotz dieser widersprüchlichen Prognosen ist bei einer zu erwartenden Verschiebung der Altersstruktur mit einer Zunahme des Anteils chronisch kranker Menschen, die einer medizinischen und pflegerischen Versorgung bedürfen, zu rechnen (DIW-Gutachten 2001, Enquetekommission 2002).

Neben den Daten zur Altersentwicklung und Pflegebedürftigkeit ist auf die veränderte Zusammensetzung der Gruppe der pflegebedürftigen Älteren hinzuweisen.

Das Alter ist derzeit weiblich, d.h. der Anteil der Frauen beträgt bei den über 65-Jährigen zwei

³ Die meisten Pflegeberufe in Deutschland werden den Heilberufen zugeordnet, für dessen Zulassung laut Grundgesetz der Bund zuständig ist. Zu diesen Berufen werden die Gesundheits- und Kranken-, Gesundheits- und Kinderkranken- sowie die Altenpflege gezählt. Krankenpflege- und Altenpflegehilfe regeln die Länder.

Drittel, bei den über 80-Jährigen fast drei Viertel. Dies ist insofern von Bedeutung, als das schätzungsweise 51 % der Frauen über 65 Jahre in Einzelpersonen-Haushalten leben. Derzeit wird die Pfl egetätigkeit von älteren Menschen zu fast drei Vierteln von weiblichen Angehörigen über-

Herausforderung ambulante Pflege

Die Bedeutung der ambulanten Pflege nimmt innerhalb der pflegerischen Versorgungssysteme zu. Damit verbunden ist eine Veränderung in der Profilbildung ambulanter Pflege. Einen ersten, zunächst vor allem quantitativen Sprung stellte Mitte der 90er Jahre die Einführung der Pflegeversicherung dar. Davor konnten nur Schwerstpflegebedürftige Leistungen der Krankenkasse beziehen. Durch die Schaffung einer einkommensunabhängigen Finanzierung ambulanter Pflege wurde in vielen Fällen die Nutzung professioneller Pflege ermöglicht. Dies war zugleich verbunden mit einem neuen Denken eines Wettbewerbs unter den Versorgungsanbietern, einer besonderen Betonung von Qualität und einem sehr direkten Tätigkeitsorientierten Abrechnungsmodus. Die exakte Betrachtung des tatsächlich Geleisteten schaffte zugleich die Notwendigkeit einer sehr viel genaueren Unterscheidung in Leistungen der Pflegeversicherung (im Sinne einer eher dauerhaften Pflege) und der Krankenversicherung (im Sinne einer eher genesungsorientierten und damit vorübergehenden Pflege). Gleichzeitig wurde durch die Pflegeversicherung mit dem neuen Paradigma ‚ambulant vor stationär‘ die Funktion ambulanter Pflege als Zielzustand und nicht nur als Übergang zu später sicher erfolgreicher stationärer Unterbringung bestärkt. (siehe auch: Barthelme u.a. 1999, BMFSFJ 2001, S. 104-120)

Der quantitative Bedarf an professioneller Pflege in der ambulanten Versorgung wird nach den skizzierten demografischen Prognosen stark zunehmen. Eine Herausforderung an die Gruppe der Pflegenden ist dabei die Bereitstellung einer ausreichenden Zahl von Arbeitskräften. Laut des DIW-Gutachtens 2005 wird davon ausgegangen, dass aufgrund skizzierter demografischer Veränderungen bis zum Jahr 2050 eine halbe Million

nommen. Es ist damit zu rechnen, dass der soziale Wandel mit der Zunahme der sogenannten pluralisierten Lebensstile zu weiteren veränderten Pflegebedarfen und Pflegekonstellationen führen wird (Hasseler 2004).

Arbeitsplätze im Bereich der Pflege geschaffen werden müssen. Eine aktuelle Studie der Deutschen Bank Research geht davon aus, dass es bis 2050 zu einer Verdoppelung der Beschäftigtenzahl im Pflegedienst auf zwei Millionen kommen muss, um den Bedarf decken zu können (Blinkert/Gräf 2009).

Die Bedarfssituation wird durch zunehmend ältere Menschen, die Zunahme von Multimorbidität und chronische Erkrankungen immer komplexer. Ein differentes Versorgungssystem mit an diesem Bedarf angepassten Angebotsstrukturen muss bereitgestellt werden. Dabei wird sich Pflege mehr spezialisierte Kenntnisse in gerontologischem, gerontopsychiatrischem, palliativem, intensivpflegerischem sowie evidenzbasiertem Vorgehen aneignen.

Es bedarf verstärkter Maßnahmen wie der Beratung und Anleitung, Verbesserung des Zugangs der professionellen Versorgungsangebote, Förderung von ehrenamtlichen Initiativen zur Entlastung pflegender Angehöriger.

Die Diagnostik und die medizinischer Versorgung dementieller Erkrankungen haben sich verbessert. Pflegewissenschaft, Gerontologie und Geriatrie beschäftigen sich, auch unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung, zunehmend mit dem Thema Demenz. Die Öffentlichkeit ist hierfür sensibilisiert worden. Die Probleme von dementiell Erkrankten und ihrer Betreuung finden öffentliche Beachtung. Die Etablierung und Verankerung des Primats ambulanter Versorgung hat Demenz zu einer komplexen und sehr bedeutsamen Herausforderung in der ambulanten Pflege werden lassen. Dabei ist zu beachten, dass gerade in Anfangsstadien dementieller Erkrankungen oft die in der ambulanten Pflege Tätigen die einzigen Fachkundigen sind, die

Symptome erkennen und geeignete Reaktionen initiieren können.

Neben der Ausweitung ambulanter Pflege im Alter wird auch in anderen Altersgruppen eine Zunahme der Pflegebedarfe vermutet. So wirkt sich der medizinische Fortschritt auch in der Versorgung behinderter Kinder aus. Bessere medizinische Möglichkeiten helfen Kindern mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, besser zu überleben (Böll/Wetzel 2008). Die Einführung eines Pflegebudgets schafft behinderten Erwachsenen neue Möglichkeiten der Organisation ihrer ambulanten Versorgung. Die zunehmende Etablierung ambulanter Betreuungsformen im Bereich jugendlicher und erwachsener behinderter Menschen wird weitere pflegerischere Versorgungsangebote erfordern.

Besondere Aufmerksamkeit erfordert auch die professionelle Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund. Vorhandene Familienstrukturen mit ihren Unterstützungsressourcen beginnen sich im Integrationsprozess aufzulösen und weniger tragfähig für komplexe Fragen wie die der pflegerischen Versorgung zu sein. Alternativen wie die Rückkehr in das Herkunftsland im Alter erweisen sich zunehmend als wenig attraktiv. Damit beginnt die ambulante Pflege auch für Menschen mit Migrationshintergrund eine zu-

Herausforderung stationäre Pflege

Neben dem Einfluss des gesellschaftlichen Strukturwandels beeinflussen Maßnahmen der Gesundheitspolitik die Kranken- und die Gesundheitsversorgung. Die Propagierung des Vorrangs ambulanter Versorgung, die relativ bessere finanzielle Ausstattung der ambulanten Versorgung und die Tendenz in der Bevölkerung, solange wie irgend möglich in der vertrauten Umgebung verbleiben zu wollen, führen dazu, dass die Bewohner stationärer Einrichtungen immer älter, kränker und gebrechlicher werden und damit einen immer komplexeren Pflegebedarf aufweisen. Der Anteil dementiell Erkrankter ist dabei hoch. Der pflegerische Arbeitsalltag ist von hohen Anforderungen geprägt, die Arbeitsbedin-

nehmend hohe Bedeutung zu bekommen. Hier sind die vorhandenen Versorgungssysteme einer kulturkritischen Prüfung zu unterziehen. (Beck, Perry 2008; Becker, Wölk 2002; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006; Schopf, Naegele 2005; Altenplan Bremen 2007; Sinus Sociovision 2008).

Über die Pflege der einzelnen Patientinnen bleibt die aktive Einbindung in die Strukturen des Stadtteils, in regionale Versorgungsstrukturen und pflegeorientierte Netzwerke weiterhin eine aktuelle und notwendige Aufgabe für die ambulante Pflege. Probleme in der Zusammenarbeit an den Schnittstellen im Versorgungssystem sind von allen Beteiligten nur gemeinsam zu lösen. Der ambulanten Pflege kommt eine wichtige Rolle in der patientenorientierten Umsetzung vernetzter Strukturen in der Region zu, wobei an der Vernetzung regionale Arbeitskreise, Pflegestützpunkte, Dienstleistungszentren und andere übergreifende Strukturen zu beteiligen sind.

Durch neue und verbesserte Kooperationen mit anderen Gesundheitsberufen wird es darauf ankommen, patientennah eine berufsgruppenübergreifende Versorgung zu ermöglichen, die das Leistungsspektrum für die Patientinnen optimal erweitert (Hasseler 2004).

gungen wie Arbeitszeiten und Vergütung sind nicht optimal.

In vielen Einrichtungen wird versucht, mit diesen Bedingungen konstruktiv umzugehen. Es werden neue Konzepte für die Arbeit mit dementiell erkrankten Bewohnern, die Öffnung der Häuser und ihre Integration in den Stadtteil und neue differenzierte Angebotsstrukturen erprobt⁴.

⁴ Siehe hierzu die umfangreiche Unterstützungsarbeit des Kuratoriums Deutsche Altenhilfe (www.kda.de) oder die verschiedenen Berichte in der Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie (www.springer.com/steinkopff/geriatrie+%26+gerontologie/journal/391)

Herausforderung Pflege im Krankenhaus

Mit einem Ausgabenanteil im Jahr 2005 von über 56 Milliarden Euro, d.h. einem Viertel der Gesamtausgaben der Gesundheitsdienstleistungen, ist der Krankenhaussektor von zentraler Bedeutung.

Eine wesentliche Veränderung der Rahmenbedingungen im Sektor Krankenhaus stellt als systemverändernde Maßnahme die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) dar⁵. Das neue Vergütungssystem intendiert den Abbau von Überkapazitäten und eine Verstärkung der Wettbewerbssituation der deutschen Krankenhäuser. Durch eine einheitliche Vergütung der Leistung pro Diagnose und Prozedur wird die Verweildauer verkürzt. Die durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthaltes ist durch die Einführung diagnoseorientierter Abrechnungssysteme nach Fallpauschalen von 14 Tagen (1991) auf 8,3 Tage (2007) zurückgegangen (Deutscher Verein 2009).

Diese Verkürzung soll eine Reduzierung der variablen Kosten und damit eine Absenkung der Fallkosten erzielen. Vorgegeben ist, dass dieser Verbrauch wirtschaftlich erfolgen und eine definierte Leistungsqualität beachtet werden muss, um eine Qualitätsverschlechterung auszuschließen.

In vergangener Zeit haben Krankenhäuser unterschiedliche Lösungsansätze entwickelt, um die Kosten bei gleichzeitigem Erhalt der Qualität zu senken. Sachkostensenkung und Personalkostensenkungsstrategien standen dabei zunächst im Mittelpunkt.

Im Kontext der Personalsenkung kam es zu einer Veränderung der Verteilung der Berufsgruppen durch Erhöhung des ärztlichen Personals. Im Jahr 2006 betrug der ärztliche Anteil an Vollkräften 15,6 % (1991: 10,9 %), der Anteil des nicht-ärztlichen Personals sank im Vergleich dazu auf 84,4 % (1991: 89,1 %) zurück (Statistisches Bundesamt 2007).

Die Zahl der Krankenhäuser hat sich auf 2087 vermindert; ihre Auslastung ist gleichwohl in demselben Zeitabschnitt von 84,1 % auf 76,3 % (2006) zurückgegangen; ca. 300.000 Personen (umgerechnet auf Vollzeitstellen) arbeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser, was einen Rückgang um 30.000 bis 50.000 Stellen im Vergleich mit der Situation vor zehn Jahren bedeutet. (Stemmer/Haubrock/Böhme 2008)

Bezogen auf die veränderte Personalstruktur kritisiert die Berufsgruppe der Pflege an dieser Stelle die Entwicklung der sogenannten fallbezogenen Personalbelastung, nach der errechnet wird, wie viele vollstationäre Fälle eine Vollkraft im Jahresdurchschnitt betreut. In der Zeit von 1996 bis 2006 von stieg sie von 48 Patientinnen je Pflegenden auf 59 Patientinnen pro Jahr an (Isfort/Weidner 2007).

Auf beschriebene Personalumverteilung wird mit der Forderung nach einer sinnvollen Neuverteilung der Aufgaben im Krankenhaus reagiert, um auch hier einen effektiven und effizienten Miteinsatz zu erreichen. Bezogen auf die Berufsgruppe der Pflegenden wird einerseits die Übertragung von berufsfremden Aufgabenkomplexen an Hilfskräfte diskutiert und andererseits eine Erweiterung des Kompetenz- und Entscheidungsspielraums der Pflege in Erwägung gezogen. Auch die Übertragung von ausgewählten diagnostischen und therapeutischen Aufgaben aus dem ärztlichen in den pflegerischen Kompetenzbereich ist eine zunehmend diskutierte und akzeptierte Option. Gerade in den Kliniken entstehen in diesem Kontext mehr und mehr neue Tätigkeits- bzw. Berufsfelder.

Im Sinne einer optimalen Ausnutzung von vorhandenen Ressourcen werden zunehmend auch die Aufbau- und Ablauforganisationen der Häuser umstrukturiert. Dabei werden Strukturen eingeführt, die die Prozessabläufe unterstützen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern. Die Einführung dieser Managementkonzepte soll bei gleicher Qualität zur weiteren Verkürzung der Verweildauer führen. Mit gleicher Intention wird die Organisation und Durchführung des patientenorientierten Case-Managements durch die

⁵ Eine Betrachtung der qualitativen, inhaltlichen Veränderung auf die Berufsgruppen, Patienten und die Machtverhältnisse im Krankenhaus wird vom Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System (WAMP) der Universität Bremen begleitend beforcht.

Gruppe der Pflegenden von einer Vielzahl der Krankenhäuser praktiziert (Stemmer/Haubrock/Böhme 2008).

Eine besondere Herausforderung an die Krankenhausversorgung der Zukunft stellen die älteren sowie die Patientinnen mit Behinderungen dar. Die Zahl der Patientinnen über 75 Jahren wuchs von 1994 bis 2003 um 25 % von 44.300 auf 55.400 je 100.000 Patientinnen dieser Altersgruppe. Zugleich nahm die Zahl der Patientinnen mit chronischen Erkrankungen und der Patientinnen mit mehreren gleichzeitig bestehenden Krankheiten zu. Fast ein Viertel (über 24 %) der über 70-Jährigen leidet an fünf und mehr Erkrankungen. Dieser Personenkreis benötigt insbesondere bei kurzen Krankenhausaufenthalten ebenso wie Patientinnen mit Behinderungen spezifische Begleitung (Deutscher Verein 2009).

Eine weitere Herausforderung ist, dass hohe Fluktuationsraten der Patientinnen zu einem

erhöhten Druck an der Schnittstelle zum ambulanten Sektor führen und Folgewirkungen auf die nachsorgenden Bereiche, wie die stationäre Heimpflege, Rehabilitation, Kurzzeit- und Tagespflegekliniken sowie die ambulante Pflege haben.

Es werden Kooperationsformen notwendig, die eine bessere Verzahnung zwischen ambulanten und stationären, präventiven, kurativen, rehabilitativen und pflegerischen Leistungen im Fokus haben. Neue Angebote im Rahmen von Disease-Management-Programmen, Case-Management und präventiven Programmen müssen gestaltet werden, um den besonderen Bedarfslagen der Versorgung älterer Menschen zu entsprechen (Hasseler 2004).

Dies alles stellt hohe Anforderungen an das Gesundheits- und Versorgungssystem, aber auch an die Qualität des professionellen Handelns Pflegenden.

Herausforderung Qualifikation und Ausbildung

Die Pflegeausbildung in Deutschland hat aufgrund ihrer bundeseinheitlichen gesetzlichen Regelung eine Sonderstellung im beruflichen Bildungssystem. Als Schule der besonderen Art sind die Ausbildungen weder über das Berufsbildungsgesetz (BBiG) geregelt noch auf akademischer Ebene geordnet. Dieser Sonderstatus führt zu spezifischen Herausforderungen, die vor allem durch die Strukturen wie Trägerschaft, Gesetze oder Finanzierung entstanden sind (Pflege neu denken 2000).

Die Ausbildungen in der Pflege werden durch bundeseinheitliche Berufsgesetze für die Kranken- und Altenpflege sowie die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen geregelt.

Mit der Novellierung des Krankenpflegegesetzes wurde 2003 Kranken- und Kinderkrankenpflege in einer Ausbildung zusammengelegt. Weiter wich die bisherige starre Fächerorientierung in der Ausbildung einer Lernfeldorientierung. Die Bedeutung der Qualität der praktischen Ausbildung wurde betont, der Anteil der praktischen Ausbildung im ambulanten Bereich erhöht. Im neuen Ausbildungsgesetz für die Berufe in der

Krankenpflege von 2003 wurde das Ausbildungsziel um die Bereiche der Prävention und Rehabilitation ergänzt. Zudem kam es zu einer neuen Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflegerin“, in der sich diese inhaltliche Veränderung widerspiegelt. Im gleichen Jahr wurde mit der Novellierung des Altenpflegegesetzes die Ausbildung und Zulassung zu den Berufen der Altenpflege erstmalig bundeseinheitlich geregelt. Das Gesetz, das in seiner Struktur an dem Krankenpflegegesetz angelehnt ist, schreibt eine grundsätzlich dreijährige Ausbildung vor mit einem besonderen Augenmerk auf eine umfassende praktische Ausbildung, einer Umstellung der Rahmenlehrpläne von Fächern auf Lernfelder und einer verstärkten Verantwortlichkeit der Altenpflegeschulen sowie der praktischen Ausbildungsbetriebe. Die Ausbildung in der Altenpflegehilfe wird von diesem Bundesgesetz nicht erfasst, deren Regelung liegt analog zur Krankenpflegehilfe und entsprechender Assistenzberufe weiterhin in der Zuständigkeit der Länder.

Im Rahmen der gegenseitigen Anerkennung der Ausbildungen wurden EU-Richtlinien erlassen,

die innerhalb der Europäischen Union als Maßstab für die Ausbildung gelten sollen.

Die Finanzierung der Alten- und Krankenpflegeausbildung ist uneinheitlich geregelt.

Mit der endgültigen Einführung der G-DRG 2005 war geplant, die Ausbildung der Kranken- und Gesundheitspflege über ein Zuschlagssystem zu finanzieren. Mit der Einführung dieses neuen Vergütungssystems ist nach dem Willen der Gesetzgeber die Selbstverwaltung aufgefordert, auf der Grundlage von Richtwerten die Ausbildungskosten der Ausbildungsberufe zu ermitteln. Darin sind die durchschnittlichen Kosten je Ausbildungsplatz und die Mehrkosten für die Ausbildungsvergütung enthalten. Ab 2010 werden diese Richtwerte in den Ausbildungsbudgets der Krankenhäuser berücksichtigt.

Die Finanzierung der Altenpflegeausbildung dagegen unterliegt einer völlig anderen Finanzierungsregelung. Kennzeichnend ist eine nahezu paritätische Besetzung der Ausbildungsgänge mit Erstauszubildenden und Umschülern. Für Erstauszubildende werden die Ausbildungsvergütungen von den praktischen Ausbildungsbetrieben gezahlt, die wiederum die Möglichkeit der Refinanzierung über ihre Entgeltvereinbarungen haben. Das Schulgeld dagegen wird aus Landesmitteln bzw. aus ESF-Mitteln bestritten. Die Finanzierung der Ausbildung von Umschülern dagegen wird in den ersten beiden Jahren aus Mitteln der Arbeitsverwaltung (BAgIS, Arge oder Bundesagentur für Arbeit) gesichert. Im dritten Jahr erfolgt derzeit eine Finanzierung des Schulgeldes aus Landesmitteln, die Ausbildungsvergütung wird von den Altenpflegeschulen gezahlt und ihnen im Rahmen einer Umlagefinanzierung erstattet.

Dies wird für die Jahre 2011 und 2012 dahingehend verändert, als dass die Finanzierung des dritten Ausbildungsjahres von Umschülern in diesem Zeitraum vorübergehend im Rahmen des Konjunkturpakets II von der Arbeitsverwaltung vollumfänglich getragen wird. Mit dieser Änderung soll den von der Agentur für Arbeit (u.a. auch für Bremen und Bremerhaven) und dem BMAS festgestellten unzureichenden Ausbildungszahlen entgegen gewirkt werden.

Die derzeitige Ausbildungsstruktur und die Inhalte der Ausbildung in der Kranken und Altenpflege stehen in der Kritik, weil sie den komplexen Herausforderungen nicht mehr gerecht werden und kein hinreichend praxisorientiertes Anforderungsprofil aufweisen. Vor dem Hintergrund der genannten Umstrukturierungen und Neuorientierung der gesundheitlichen Versorgung ergibt sich die Notwendigkeit einer Reform der Ausbildungen. Dabei wird grundsätzlich eine einheitliche generalistisch ausgerichtete Pflegeausbildung angestrebt. Evaluationen der Modellversuche zu generalistischen Ausbildungen haben gezeigt, dass durch diese Pflegeausbildung eine berufsfeldbreite Qualifizierung sichergestellt wird. Eine Umorientierung von einem an Lebensphasen bzw. Institutionen orientierten Ausbildungskonzept zu einem übergreifenden integrierten Konzept ist sinnvoll und durchführbar. Messverfahren haben gezeigt, dass gemeinsam ausgebildete Pflegeschüler über ein Kompetenzspektrum verfügen, dass den veränderten Anforderungen der Pflege in hohem Maße gerecht wird. In Vorbereitung der 82. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) wurde eine generalistische Pflegeausbildung als Ziel auf Bundesebene einvernehmlich von den Ländern formuliert. Mögliche Wege der Ausbildungsfinanzierung werden zurzeit geprüft.

Die Einführung einer abgestuften Qualifikation innerhalb der Gruppe der Pflegenden wird angestrebt, um den komplexen Anforderungen zukünftiger Versorgung differenziert gerecht werden zu können. Akademisch ausgebildete Pflegenden mit Promotion, mit einem Master- oder Bachelorabschluss, Pflegefachkräfte mit einer traditionellen dreijährigen Ausbildung sowie evtl. zwei- und einjährig ausgebildete Assistentinnen und Helferinnen würden entsprechend ihrer Qualifikationen mit unterschiedlichen Aufgaben in der Pflege betraut und gemeinsame Aufgaben entsprechend ihres Kompetenzprofils übernehmen und lösen. Auf dem jeweiligen Abstraktionsniveau werden wissenschaftliche Erkenntnisse genutzt, um eine gut begründete Pflege der Patientinnen zu realisieren und zu sichern. Praxisrealität wird damit zugleich wissenschaftlicher Reflektion geöffnet.

Herausforderung Pflege

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die gegenwärtige Entwicklung im Gesundheits- und Pflegewesen einen doppelten Wettbewerbsdruck für alle Leistungserbringer hervorbringt: bei gleichzeitiger Reduzierung der Kosten soll die Steigerung der Qualität der Versorgung erreicht werden. Die Anforderungen an die Versorgung der Patientinnen im Krankenhaus wie im ambulanten Sektor steigen, die Arbeitsprozesse verdichten sich, die Verlagerung von der stationären Akutversorgung hin zur überwiegend ambulanten Langzeitversorgung führt zu einer quantitativen und qualitativen Zunahme des Pflegebedarfs. Hieraus ergeben sich die Notwendigkeit des Umbaus der Leistungsstrukturen und eine Überwindung der Sektorengrenzen. Veränderte Organisationsstrukturen und Prozessoptimierungen der verschiedenen Einrichtungen sowie ihre Vernetzung bzw. Kooperation sind die notwendige Fol-

ge. Ein Ansatzpunkt dabei ist die Forderung nach einer veränderten Zusammenarbeit der Berufe und Institutionen der Gesundheitsversorgung mit dem Ziel, die bestehenden Vernetzungs- und Schnittstellenprobleme vor allem zwischen der stationären und ambulanten Versorgung zu lösen. Zudem wird die Ausweitung der Kapazitäten und Leistungen pflegerischer Dienstleistungsangebote inklusive einer größeren Handlungsautonomie erforderlich. Eine Neuverteilung von Zuständigkeiten und Veränderungen von Berufsbildern sowie die Reform der Ausbildungen in der Kranken- und Altenpflege sind dabei unumgänglich. Dies wird auch bundespolitisch bekräftigt, wie beispielsweise am Pflegeweiterentwicklungsgesetzes und im Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR 2007) erkennbar wird.

B. Methoden

Für den Bremer Pflegebericht wurden Daten anhand eines Fragebogens, eines Experten-

workshops und aus sechs qualitativen Interviews erhoben.

1. Fragebogenerhebung

Mittels einer quantitativen Erhebung sollten einerseits in allen Einrichtungen Bremens, in denen Pflegekräfte beschäftigt sind, nämlich in Krankenhäusern, stationären Altenpflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten, Tagespflegeeinrichtungen, Einrichtungen der stationären Behindertenhilfe und Hospizen, Daten zur Personalstruktur, zur Qualitätssicherung und zum Schnittstellenmanagement erhoben werden. Ein zweiter Befragungsteil wandte sich an Anbieter von Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege, um von ihnen Informationen über ihre Bildungsangebote, die beschäftigten Lehrerinnen und die Schülerinnen bzw. Teilnehmerinnen zu erhalten.

Der Versand erfolgte im Juni 2008 durch die senatorische Behörde, nachdem die Befragung bereits medial angekündigt und durch die Senatorin unterstützt worden war. Die Fragebögen wurden in der Regel an die Pflegedienstleitungen bzw. die Leitungen der Einrichtungen verschickt und konnten kostenfrei zurückgeschickt werden. Nach Ablauf der Rückgabefrist bis 31.07.2008 erfolgten eine einmalige schriftliche Nachfassaktion mit einer um vier Wochen verlängerten Frist und eine sich daran anschließende einmalige telefonische Nachfassaktion.

1.1 Stichprobe

Die folgende Tabelle (Abb. 1) gibt einen Überblick über die Zahl der verschickten Fragebögen sowie die Rücklaufquote. Die Fragebögen der Hospize wurden von den folgenden Analysen

ausgeschlossen, da sich bei der Auswertung gezeigt hat, dass dort überwiegend ehrenamtliche Kräfte tätig sind und kaum professionelle Pflegekräfte eingesetzt werden.

	Stationäre Altenpflege	Ambulante Pflege	Tages- pflege	Kranken- häuser	Stationäre Behindertenhilfe
Angeschrieben	79	89	18	15	23
Rücklauf	64	50	16	9	13
In Prozent	81,0	56,2	88,9	60,0	56,5

Abb. 1: Rücklaufquote

Bei der telefonischen Nachfassaktion wurden Gründe für die bis dahin nicht erfolgte Beantwortung der Fragebögen erfasst. Am häufigsten wurde der mit der Beantwortung verbundene zu hohe Arbeitsaufwand genannt, weitere Gründe bestanden z. B. in der Urlaubszeit oder in der

nach Meinung der Einrichtung nicht möglichen Anonymisierung der Daten („Einrichtung ist zu einzigartig“), andere hatten den Fragebogen nach eigenen Angaben möglicherweise als vermutliche Werbung in den Abfall geworfen.

1.2 Beschreibung des Fragebogens

Themen und Fragestellungen, die anhand des Fragebogens untersucht werden sollten, wurden

gemeinsam mit dem Beirat in zwei Sitzungen festgelegt.

1.2.1 Fragebogen an Einrichtungen mit professionellen Pflegekräften

Der Fragebogen an Einrichtungen mit professionellen Pflegekräften wurde zwar einrichtungsspezifisch erstellt, variierte aber zwischen den Einrichtungen nur geringfügig. Gefragt wurde nach den folgenden Aspekten:

- Träger der Einrichtung
- Pflegerische Schwerpunkte
- Beschäftigtes Personal (differenziert erfasst nach Qualifizierung, Vollzeit- bzw. Teilzeitbeschäftigung und Geschlecht)
- Altersstruktur des Personals
- Personal mit Migrationshintergrund
- Beschäftigungsdauer
- Fortbildungsangebote
- Anteil der Beschäftigten mit Fort- und Weiterbildungen
- Professionelle Hierarchie
- Entlohnung (Tarifvertrag)
- Interessensvertretung
- Arbeit nach nationalen Expertenstandards
- Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung

- Zertifizierung / Qualitätsmanagement
- Kooperation mit anderen Einrichtungen
- Schnittstellenmanagement
- Herausforderungen

Zwar war eine differenzierte Erfassung der Personalstruktur intendiert, die gestellte Frage erwies sich aber als uneindeutig. So war vielen Befragten nicht klar, dass die Hauptdifferenzierung zunächst zwischen Vollzeit- und Teilzeitkräften erfolgen und letztere dann weiter hinsichtlich Stundenumfang oder geringfügiger Beschäftigung differenziert werden sollte. In der Folge mussten deshalb Inkonsistenzen konstatiert werden, da die bei Frage zwei angegebene Personenzahl oft nicht mit jener übereinstimmte, die sich z.B. bei der Frage nach der Altersstruktur ergab. Aus diesem Grund wurden die Angaben für jeden Fragebogen kontrolliert und ggfs. von Hand berechnet. Für die Ermittlung der Qualifikationsstruktur wurden nur die Vollzeitbeschäftigten in die Auswertung einbezogen.

1.2.2 Fragebogen an Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen

Für den Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung gab es jeweils unterschiedliche Fragebögen für Ausbildungseinrichtungen, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen und Hochschulen. Die Pflegeschulen wurden gefragt, welche Ausbildungsgänge sie anbieten, wie viele Lehrpersonen mit welcher Qualifikation beschäftigt sind, wie alt diese sind und welche Entlohnung sie erhalten. Zudem wurde erfasst, ob die Lehrpersonen in der Fort- und Weiterbildung aktiv sind, welche Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung ergriffen werden und welche innovativen didaktischen Konzepte in den letzten Jahren implementiert wurden. Für die einzelnen Bildungsgänge wurden jeweils soziodemografische Daten zu den Schülerinnen erfasst. Bei den Anbietern von pflegebezogenen Fort- und Weiterbil-

dungen wurde erfragt, welche Weiterbildungsangebote sie machen, wie viele Personen daran teilnehmen (intern/extern), welche Altersstruktur die Teilnehmerinnen haben und wer die Kosten trägt. Für die Angebote, die nicht nach der Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegefachkräfte im Lande Bremen geregelt sind, wurden die Themen und die Anzahl der Teilnehmerinnen erfragt. Bei den Hochschulen wurde erhoben, welche Studiengänge sie anbieten, wie viele Lehrende dort tätig sind, welche Transferaktivitäten sie leisten sowie differenziert für die einzelnen Studiengänge, wie viele Studienplätze bereitgehalten werden, wie viele davon besetzt sind und wie viele Studierende einen Migrationshintergrund haben.

1.3 Auswertung

Die Fragebogenangaben wurden mit dem Programm SPSS für Windows, Programmversion 16, ausgewertet. Für Gruppenvergleiche wurden in

Abhängigkeit vom Datenniveau Chi²-Tests oder univariate Varianzanalysen durchgeführt.

2. Expertenworkshops

Ziel des Expertenworkshops war es, die Ergebnisse der Fragebogenerhebung mit ausgewählten Expertinnen aus den unterschiedlichen Sektoren zu ergänzen, zu diskutieren und Schlussfolgerungen abzuleiten. Organisation und Durchführung des Expertenworkshops am 21.11.2008 erfolgte durch das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP). Eingeladen wurden insgesamt 49 Expertinnen, 27 Expertinnen nahmen tatsächlich am Workshop teil. Die Auswahl der Expertinnen und die Planung des Expertenworkshops erfolgten in Absprache mit dem Beirat des Bremer Pflegeberichts.

Nach einem einführenden Vortrag zu den wichtigsten Befragungsergebnissen wurde in sektorenspezifischen Workshops anhand von Leitfra-

gen diskutiert. Thematisch standen z. B. der Abgleich zwischen Angebot und Bedarf an pflegerischen Dienstleistungen, zukünftige pflegerische Handlungsfelder, Möglichkeiten des Qualifikationsmix sowie Schlussfolgerungen hinsichtlich der Aus-, Fort- und Weiterbildung im Mittelpunkt. Die Diskussionen wurden von Moderatorinnen geleitet, die Ergebnisse von Protokollantinnen auf Metaplan-Plakaten festgehalten und die Gesprächsbeiträge außerdem auf Tonband aufgenommen. Abschließend erfolgte nach dem gleichen Konzept eine sektorübergreifende Diskussion zu Querschnittsthemen. Die Auswertung der Daten wurde mittels einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse vorgenommen (Mayring 2003).

3. Qualitative Interviews

Zu Fragen des Schnittstellen- und des Case-Managements sowie zu Versorgungskonzepten für Menschen mit Demenz wurden außerdem sechs qualitative Interviews geführt. Ziel war es, auf diese Weise best-practice-Beispiele zu diesen Themen zu ermitteln. Die Kontaktaufnahme mit den Gesprächspartnerinnen erfolgte von Seiten des IPP. Telefonisch bzw. per E-Mail wurden Termine vereinbart. Die Interviews wurden von einer Mitarbeiterin bzw. einem Mitarbeiter des

IPP durchgeführt. Mit Hilfe von offenen Fragen, aber ohne Leitfaden, wurden die Interviewpartnerinnen gebeten, ihre Konzepte zu schildern. Die Gespräche wurden auf Tonträgern festgehalten. Anschließend wurden die Ausführungen von den Interviewern auf ca. ein bis zwei Seiten zusammengefasst, diese Zusammenfassungen wurden abschließend mit den Gesprächspartnerinnen abgestimmt.

Für die Ergebnisdarstellung werden die Ergebnisse der drei Erhebungen thematisch zusammengefasst. Die Kapitel 1-8 beinhalten die Ergebnisse zu den Pflegenden, die in verschiedenen Pflegeeinrichtungen tätig sind, das neunte Kapitel widmet sich den vorhandenen Bildungsangeboten für das Berufsfeld Pflege und im zehnten Kapitel werden die in Bremen ansässigen pflegewissenschaftlichen Forschungseinrichtungen vorgestellt.

C. Darstellung der Ergebnisse

1. Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals

Die Berufsgruppe der Pflegenden leistet einen eigenständigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. In welcher Qualität dieser Beitrag geleistet werden kann, ist entscheidend von den bei den Pflegenden vorhandenen Quali-

fikationen abhängig. Hinsichtlich der Qualifikationsstruktur wird im Folgenden zwischen Grundausbildungen (1.1), Fortbildungen (1.2), Weiterbildungen (1.3) und akademischen Abschlüsse (1.4) unterschieden.

1.1 Grundausbildung

Bezogen auf das Ausbildungsniveau der in der Pflege tätigen Personen wurde bei der Fragebogenerhebung nach dreijährig examinierten Pflegenden, (i.d.R. einjährig) examinierten Pflegehelfern sowie Un- und Angelernten differenziert. Im Vergleich der Sektoren lassen sich dabei erhebliche Unterschiede feststellen (Abb. 2). Im Sektor Krankenhaus sind kaum Un- und Angelernte bzw. examinierte Pflegehelferinnen beschäftigt. Über 97 % des Pflegepersonals sind dreijährig ausgebildete examinierte Pflegekräfte. In der stationären Altenpflege haben 66 % des Pflegepersonals und in der ambulanten Pflege 60 % eine dreijährige Berufsausbildung in der Pflege absolviert. Die ambulante Pflege beschäftigt mit

31,5 % die meisten Un- und Angelernten, in der stationären Altenpflege liegt der Prozentsatz bei 24,5 %. Die Tagespflegeeinrichtungen beschäftigen zu 75 % dreijährig examiniertes Pflegepersonal und zu 25 % un- und angelerntes Pflegepersonal. Die Angaben für die stationäre Behindertenhilfe können nur bedingt zum Vergleich herangezogen werden, da ausdrücklich nur nach Personen gefragt wurde, die pflegerische Tätigkeiten übernehmen. Die Einrichtungen geben an, dass 95 % der an der pflegerischen Versorgung beteiligten Personen über eine dreijährige Ausbildung und die anderen 5 % über ein einjähriges Pflegeexamen (bspw. Krankenpflegehelferin oder Altenpflegehelferin) verfügen.⁶

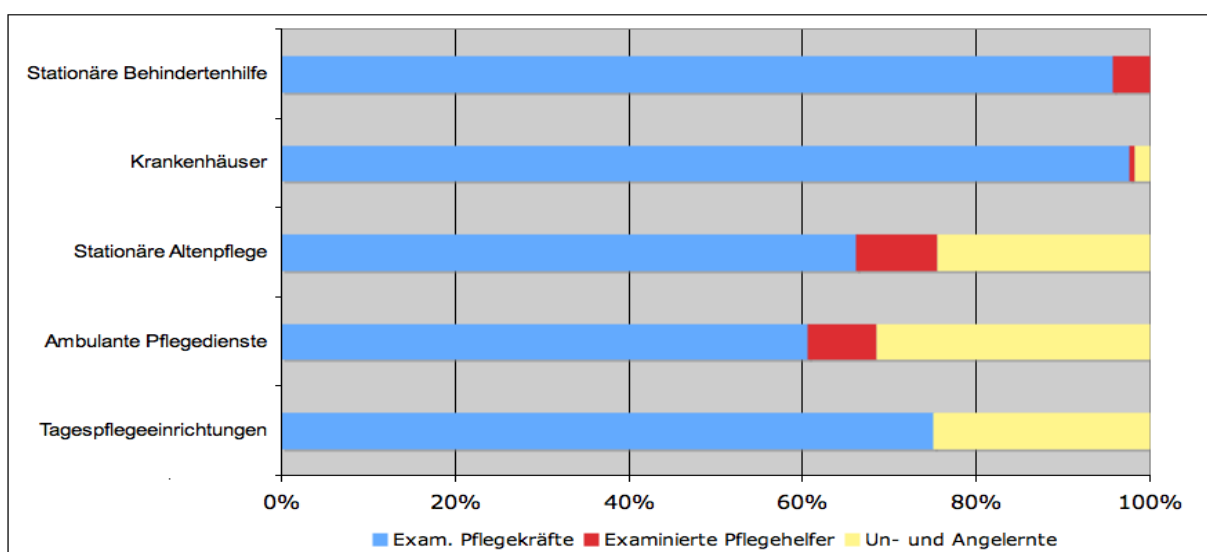


Abb. 2: Anteil an examinierten Pflegekräften, examinierten Pflegehelferinnen sowie Un- und Angelernten in den unterschiedlichen Sektoren bezogen auf Vollzeitkräfte

⁶ Diese Angaben beziehen sich nur auf die Vollzeitbeschäftigten.

Die Bremer Ergebnisse spiegeln im Krankenhausbereich einen Trend wider, der sich auch im bundesdeutschen Kontext erkennen lässt. So kommt die Studie „Pflegethermometer 2007“ zu dem Schluss, dass in den zehn Jahren von 1995 bis 2005 die Zahl der Ungelernten im Krankenhausbereich um 40 % zurückgegangen ist (Isfort/Weidner 2007: 12). Der Nurses' Early Exit Study (NEXT) zufolge sind im Durchschnitt 96 % (Variationsbreite von 77-99 %) aller Pflegekräfte im Krankenhaus dreijährig examiniert. In Pflegeheimen beträgt dieser Anteil 59 % und in der ambulanten Pflege 69 % (Simon et al. 2005: 31). Im Unterschied zu den gesamtdeutschen Daten ist in Bremen der Anteil an examinierten Pflegekräften in der ambulanten Pflege am geringsten. Nach den hier erhobenen Zahlen liegen die Bremer Einrichtungen der stationären Altenpflege mit 67 % examinierten Pflegekräften deutlich über dem vorgeschriebenen Fachkraftanteil von 50 %. Zum Fachkräfteanteil finden sich unterschiedliche Angaben. Diesem Befund widersprechen allerdings die Informationen der Heimaufsicht, wonach der Fachkräfteanteil in der stationären Altenpflege durchschnittlich bei 50 % liegt. Die

1.2 Fortbildung

Vor dem Hintergrund des stetig anwachsenden und sich ständig verändernden pflegewissenschaftlichen und bezugswissenschaftlichen Wissensbestands ist eine kontinuierliche Fortbildung des pflegerischen Personals unabdingbar, um eine hohe Pflegequalität sicherstellen zu können. Bremen hat deshalb in der Berufsordnung vom Jahr 2004 unter anderem für die Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege die Pflicht zur Kompetenzerhaltung festgelegt und das Mindestmaß von zehn Stunden kompetenzerhaltender Fortbildung jährlich festgesetzt (Gesetzesblatt 2004). Darüber hinaus bestehen auch noch bundesweite Bestrebungen zur Sicherung professioneller Kompetenz für alle Pflegeberufe, beispielsweise durch den Deutschen Pflegerat und die freiwillige Registrierung von Pflegekräften.

Über alle Sektoren hinweg geben mindestens die Hälfte der Einrichtungen an, dass ihre zwei- bzw.

Pflegestatistik 2007 des Statistischen Landesamtes kommt sogar nur auf 49 % im stationären und 60 % im ambulanten Bereich.

Hinsichtlich der geschlechtervergleichenden Besetzung der Führungspositionen in der Pflege ist über alle Sektoren hinweg festzustellen, dass auf der Ebene der Pflegedienstleitung und des mittleren Managements über 70 % dieser Stellen von Frauen besetzt werden. Im Krankenhaus liegt die Quote bei der Geschäftsführung Pflege bei 57,1 % und bei Stabsstellen im Bereich der ambulanten Pflege bei 54,8 %. Auf Deutschland gesehen sind rund 80 % der Pflegekräfte in Krankenhäusern weiblich, über 84 % der Pflegenden in der stationären Altenpflege und über 85 % im Bereich der ambulanten Pflege sind Frauen (Statistisches Bundesamt 2008; Grunddaten der Krankenhäuser 2007; Statistisches Bundesamt 2008a; Pflegestatistik 2007). Damit liegt der Anteil von Frauen in Führungspositionen in Bremen leicht unter dem Anteil der weiblichen Pflegekräfte insgesamt. Bundesdeutsche Vergleichsdaten gibt es zu diesem Punkt nicht.

dreijährig ausgebildeten Pflegekräfte zu 90-100 % zehn Stunden Fortbildung jährlich absolviert haben (zur Qualität dieser Fortbildungen s. Kapitel 9). Im Krankensektor ist dies bei fünf der neun Krankenhäuser der Fall. In der stationären Altenpflege liegt die Anzahl bei 33 von 64 Einrichtungen, in der ambulanten Pflege bei 29 von 50. In der stationären Behindertenhilfe sind es drei von 13 Einrichtungen, bei denen das examinierte Pflegepersonal zu 90-100 % die Fortbildungsstunden erreicht hat, in der Tagespflege zehn von 16 Einrichtungen. Jeweils ein Krankenhaus kommt auf 40-49 % bzw. auf 70-79 %, zwei Krankenhäuser beantworten die Frage nicht. In der stationären Altenpflege geben sieben Einrichtungen an, dass weniger als 50 % des examinierten Personals zehn Fortbildungsstunden absolviert haben und sechs machen keine Angaben. In der ambulanten Pflege befinden sich dagegen die meisten Einrichtungen über der 50 %-Marke, bei drei Einrichtungen können

nur 40-49 % der Mitarbeiterinnen zehn Fortbildungsstunden nachweisen, acht geben keine Antwort.

Auch wenn sektorenübergreifend in über 50 % aller Einrichtungen 90-100 % der Mitarbeiterinnen die Zehn-Stunden-Fortbildungsquote erfüllen, so ist dies immerhin in knapp der Hälfte der Einrichtungen noch nicht der Fall. Dass die Einrichtungen zum überwiegenden Teil überhaupt auf die Frage antworten (können), deutet vermutlich darauf hin, dass diese Einrichtungen dieses Kriterium überhaupt dokumentieren und für wichtig erachten, obwohl sich die Berufsordnung ja an die Pflegenden selbst und nicht an deren Arbeitgeber wendet. Die Dokumentation der absolvier-

1.3 Weiterbildung

Die Weiterbildungen sind in Bremen im Gesetz über die Weiterbildungen in den Gesundheitsfachberufen und in der Weiterbildungs- und Prüfungsordnung für Pflegefachkräfte im Land Bremen geregelt. Die dort vorgesehenen Weiterbildungen umfassen mindestens 720 Theoriestunden (Weiterbildungsgesetz 2007; Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung 2007). Damit handelt es sich um Bildungsangebote, die i.d.R. zu einer substanziellen Kompetenzerweiterung für einen bestimmten Aufgabenbereich oder ein bestimmtes Handlungsfeld führen. Da die genannten Bildungsangebote nur einen Teil der von den Pflegenden unternommenen Weiterbildungsaktivitäten beinhalten (bspw. ist für Leitungen ambulanter Pflegedienste eine Weiterbildung über 460 Stunden vorgeschrieben (GKV 2006) und Praxisanleiterinnen benötigen nach dem Krankenpflegegesetz eine Weiterbildung von mindestens 200 Stunden (KrPflG 2004)), wurde im Rahmen des Bremer Pflegeberichts darüber hinaus nach Weiterbildungen mit einem Stundenumfang von mehr als 200 Stunden gefragt.

Der Anteil von Pflegenden, die eine Weiterbildung nach der Bremischen Weiterbildungs- und Prüfungsordnung absolviert haben, ist natürlich aufgrund der entsprechenden Fachabteilungen am höchsten im Bereich der Krankenhäuser. Insgesamt sind in den neun teilnehmenden Krankenhäusern 328 Pflegenden mit einer Intensiv-

ten Fort- und Weiterbildungen ist eine Voraussetzung, um auf dieser Grundlage eine systematische Personalentwicklung betreiben zu können. In der stationären Altenpflege wirkt sich möglicherweise nachteilig aus, dass die examinierten Altenpflegerinnen in der Berufsordnung nicht berücksichtigt werden. In der ambulanten Pflege ist die Höhe der Vergütung der Leistungen durch die GKV in Bremen im letzten Jahr an das Vorliegen mindestens einer Fortbildung pro Pflegenden jährlich gekoppelt worden, was sich motivierend auf die Einrichtungen ausgewirkt haben könnte. Vergleichbare Anreizsysteme fehlen in den anderen Sektoren.

und Anästhesiepflegeweiterbildung, 65 mit einer Onkologieweiterbildung, 103 mit der Weiterbildung für den Operationsdienst, 53 mit einer psychiatrischen Weiterbildung und 123 mit einer Weiterbildung für Leitungsaufgaben in der Pflege beschäftigt.

In den 64 Einrichtungen der stationären Altenpflege sind insgesamt 139 Personen mit einer Weiterbildung für Leitungsaufgaben tätig. Ca. drei Viertel der befragten Einrichtungen geben an, Pflegenden zu beschäftigen, die über andere Weiterbildungen mit einer Stundenzahl > 200 verfügen. Mit Abstand am häufigsten wird eine Weiterbildung im Bereich Gerontopsychiatrie oder als Fachkraft für Demenz genannt, weitaus seltener Weiterbildungen für Wohnbereichsleitungen, Palliativpflege, Qualitätsmanagement und Wundmanagement (in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit). In fast 50 % der Einrichtungen arbeiten eine (in 14 Einrichtungen) oder mehrere (in 16 Einrichtungen) Personen mit einer Fachweiterbildung im Bereich der Gerontopsychiatrie oder als Fachkraft für Demenz. Insgesamt sind in den Einrichtungen 83 Pflegenden mit einer Weiterbildung in diesem Bereich beschäftigt.

In der ambulanten Pflege sind in 46 von 50 Einrichtungen Pflegepersonen mit einer Weiterbildung über 200 Stunden tätig. 17 dieser Einrichtungen haben nur fachweitergebildete Pflegekräfte im Bereich von Leitungsqualifikationen. Die

anderen Weiterbildungen sind sehr heterogen gestreut und reichen vom Wundmanagement bis zur Fachweiterbildung Intensivpflege, Weiterbildungen in Palliativpflege, Validation oder Gerontopsychiatrie, Praxisanleitung usw.

In den Tagespflegeeinrichtungen sind in ca. einem Drittel der Einrichtungen Personen mit Weiterbildungen über 200 Stunden beschäftigt und zwar überwiegend für die Themen Gerontopsychiatrie bzw. Demenz. Die stationäre Behindertenhilfe beschäftigt in ca. der Hälfte ihrer Einrichtungen Personen mit Fachweiterbildungen von über 200 Stunden, wobei hier in erster Linie Leitungsqualifikationen und Weiterbildungen im psychiatrischen Bereich zu nennen sind.

Im Krankenhaussektor sind Weiterbildungen weitaus stärker verbreitet als in den anderen Sektoren. Dass auf der Leitungsebene ein hohes Bewusstsein für die Notwendigkeit fachlicher Qualifikationen besteht, belegt die Untersuchung von Isfort/Weidner, wonach 73 % der pflegerischen Leitungen von Krankenhäusern keine Reduzierung von fachweitergebildetem Personal

1.4 Akademische Abschlüsse

Gegenwärtig besteht die pflegerische Grundausbildung in einer dreijährigen Berufsausbildung. In Modellversuchen werden in der Bundesrepublik akademische Modelle der Pflegeerausbildung erprobt. Schätzungen zufolge wird von einem Bedarf an akademischen Pflegekräften von ca. 10 % des gesamten Pflegepersonals (entspricht 100.000 bis 125.000 Fachkräften) ausgegangen. In Bremen sind den vorliegenden Erhebungen zufolge in allen Sektoren auch einzelne Pflegenden beschäftigt, die über eine akademische Ausbildung verfügen. Dabei handelt es sich in erster Linie um Absolventen von Pflegemanagementstudiengängen. Diese Pflegenden sind i.d.R. aber nicht mehr in der direkten Pflege tätig, sondern besetzen Leitungspositionen. Die anderen Abschlüsse verteilen sich auf unterschiedlichste Fächer, wie Medizin, Kunstpädagogik, Psychologie oder Heilpädagogik. Über ein Studium der Pflegewissenschaft verfügen über alle Sektoren hinweg nur wenige Pflegenden, pflegewissenschaftliche Kompetenz in der Pflegepraxis ist damit die Ausnahme. Dies ist deswegen beson-

anstreben (Isfort/Weidner 2007: 31). In den anderen Sektoren ist weitergebildetes Personal in weitaus geringerem Umfang beschäftigt. Ob beispielsweise beim Aufbau von fachlichen Schwerpunkten das Pflegepersonal gezielt weitergebildet oder aber weitergebildetes Personal eingestellt wird, lässt sich anhand der Daten nicht feststellen wie überhaupt offen bleibt, warum in manchen Sektoren die Weiterbildungsquote so gering ist. Dies gilt beispielsweise für die stationäre Altenpflege, bei der in 50 % der Einrichtungen keine Pflegekraft mit gerontopsychiatrischer oder ähnlicher Zusatzqualifikation tätig ist. Der NEXT-Studie zufolge liegt der Anteil von Pflegepersonen mit einer Fachweiterbildung in deutschen Krankenhäusern durchschnittlich bei 23 % (Simon et al. 2005: 33). Dieser Prozentsatz wird mit 17 % bei den an der Befragung beteiligten Krankenhäusern in Bremen etwas unterschritten, allerdings liegen dieser Berechnung möglicherweise nicht ganz zuverlässige Angaben über die Gesamtanzahl der beschäftigten Pflegepersonen zugrunde.

ders kritisch zu bewerten, weil der Transfer des in den letzten Jahren entstandenen pflegewissenschaftlichen Wissenskorporus in die Pflegepraxis nur gelingt, wenn auch in der Praxis pflegewissenschaftliche Kompetenz und Kenntnisse vorhanden sind. Dass eine wissenschaftliche Qualifikation der Pflegenden einen bedeutsamen Einfluss auf die Versorgungsqualität in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens hat, ist wissenschaftlich gut belegt (Sachs 2007).

Hintergründe für die geringe Quote an pflegewissenschaftlich ausgebildeten Pflegekräften in der direkten Pflege gehen aus den Ergebnissen einer qualitativen Befragung von Reischuk⁷ (2009: 17) hervor, in der die Autorin Leitungskräfte aus der Pflege daraufhin befragt hat, wie sie den Einsatz

⁷ Eva Reischuk ist Studentin im Studiengang Bachelor Pflegewissenschaft und hat im Rahmen ihres Betriebspraktikums im Sommer 2008 fünf leitende Pflegekräfte aus unterschiedlichen Sektoren und eine klinische Pflegeexpertin hinsichtlich des Bedarfs und der Handlungsfelder für akademisch ausgebildete Pflegekräfte in Bremen befragt. Die Erhebung erfolgte in Form von leitfadengestützten Interviews, die Auswertung wurde anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse vorgenommen (Mayring 2003).

von akademisch ausgebildeten Pflegenden beurteilen. Zusammenfassend hält sie fest:

„Die Tätigkeitsbereiche akademisch ausgebildeter Pflegekräfte werden von den Befragten vor allem im administrativen Bereich, auf Leitungsebene oder im Qualitätsmanagement gesehen. Der Einsatz in der direkten Versorgung der Klienten wird als wünschenswerte Utopie bezeichnet, die zwar für alle Beteiligten von Vorteil wäre, aber aus verschiedenen Gründen nicht umsetzbar erscheint. Als hauptsächliches Problem wird von den Interviewten in diesem Zusammenhang die Bezahlung genannt, die über das Gehalt einer herkömmlich ausgebildeten Pflegekraft aus Abrechnungsgründen nicht hinausgehen könne und daher für Akademiker nicht interessant sei. Die Einrichtung von Stabsstellen für Akademiker wird als nötig erachtet, aus dieser Position heraus sollen diese den Wissenstransfer gewährleisten, Expertenstandards implementieren, Projekte und Schulungen durchführen u.ä.. Die Akademisierung aller Pflegekräfte erscheint den Befragten sowohl unrealistisch als auch nicht nötig, eine weitere Differenzierung unterschiedlicher Ausbildungsniveaus wird als wahrscheinlich angese-

hen. Ob die Akademisierung ein Schritt zur Professionalisierung des Berufs ist, wird unterschiedlich beurteilt. Der Nutzen für die Klienten wird in der erweiterten Perspektive und dem vertieften theoretischen Wissen gesehen, was zu einer stärker an den individuellen Bedürfnissen orientierten Versorgung führt.“

Die leitenden Pflegekräfte sehen die Einsatzgebiete für akademisch ausgebildete Pflegenden demnach vorwiegend in Leitungspositionen oder auf Stabsstellen. Eine vermehrte Anstellung von akademisch ausgebildeten oder weitergebildeten Pflegenden (z. B. durch den Studiengang „Klinische Pflegeexpertise“ an der Universität Bremen) in der direkten Pflege als Voraussetzung für die Professionalisierung der Pflegepraxis scheitert ihrer Ansicht nach in erster Linie an den derzeitigen ökonomischen und rechtlichen Rahmenbedingungen. Aus der Zusammenfassung geht außerdem hervor, dass die Berufsgruppe selbst nicht durchgängig von dem Nutzen durch akademisch qualifizierte Pflegenden überzeugt ist und dass diesbezüglich große Informationsdefizite bestehen.

2. Altersstruktur und Betriebszugehörigkeit des Pflegepersonals

Der demografische Wandel hat auch Auswirkungen auf die Altersstruktur der Pflegenden. Das folgende Kapitel enthält eine Darstellung der

Altersstruktur sowie der Dauer der Betriebszugehörigkeit der Pflegenden im Land Bremen.

2.1 Altersstruktur

Die Ergebnisse der Erhebung zeigen, dass über alle Sektoren hinweg ein erheblicher Anteil der Mitarbeiterinnen über 40 Jahre alt ist (Abb. 3). Im Bereich der Krankenhäuser sind 59,9 % aller Mitarbeiterinnen über 40 Jahre alt. Die Tagespflegeeinrichtungen beschäftigen mit Abstand die ältesten Mitarbeiterinnen (38,9 % sind zwischen 50-59 Jahren und 13,9 % bereits über 60 Jahre), gefolgt von der stationären Altenpflege (31,2 %

sind zwischen 50-59 Jahren und 4,2 % über 60 Jahre) und der ambulanten Pflege (24,3 % sind zwischen 50-59 Jahren und 4,8 % über 60 Jahre). Demzufolge ist der Anteil an jungen Mitarbeiterinnen in der Pflege in den Krankenhäusern (16,9 % der Mitarbeiterinnen sind dort zwischen 20-29 Jahre) und der stationären Behindertenhilfe (15,9 % der Mitarbeiterinnen sind dort zwischen 20-29 Jahre) am höchsten.

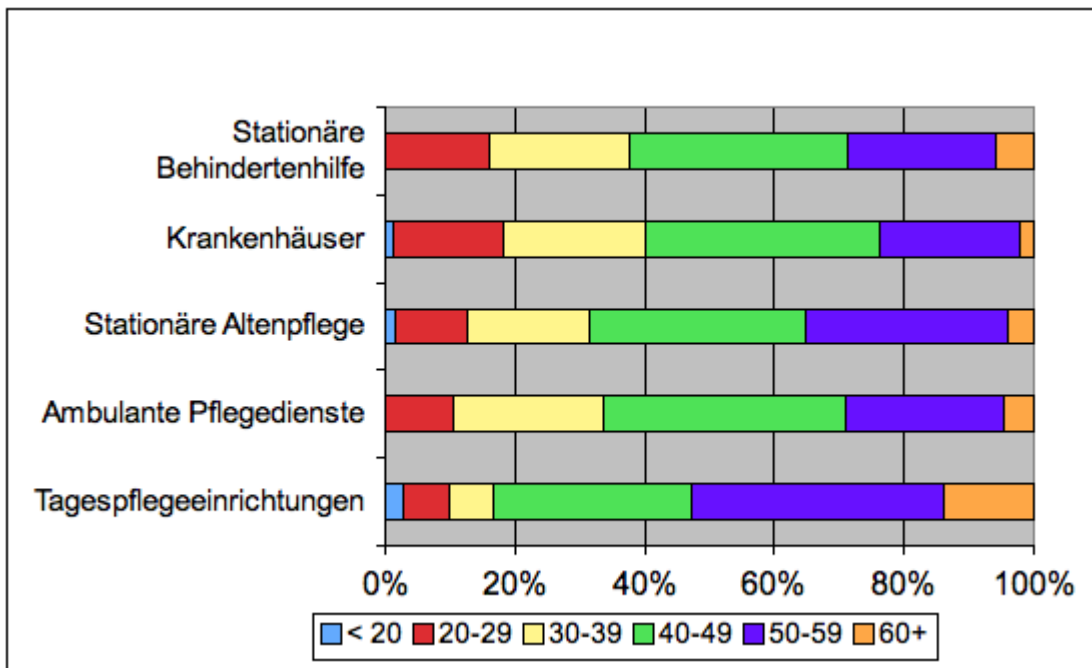


Abb. 3: Altersstruktur des Pflegepersonals in den unterschiedlichen Sektoren

In den Pflegeschulen des Landes Bremen ist die Altersverteilung noch eindeutiger. Dort sind mehr als 85 % aller angestellten Lehrerinnen über 40 Jahre und bereits über 35 % älter als 50 Jahre.

Die Bremer Daten spiegeln gesamtgesellschaftliche Entwicklungen wider (Statistisches Bundesamt 2007b). Das Durchschnittsalter der Pflegenden in der NEXT-Studie befindet sich bei 39,2 Jahren und liegt damit geringfügig unter dem Gesamtdurchschnitt der erwerbstätigen Bevölkerung Deutschlands von 40,8 Jahren (Simon et al. 2005: 8). Der demografische Wandel führt unweigerlich zu älterem Personal und stellt damit

für die Gewährleistung der professionellen Pflege eine hohe Herausforderung dar. Schon jetzt gibt es in einigen Sektoren, beispielsweise in der stationären Altenpflege, erhebliche Schwierigkeiten, geeignetes Personal zu gewinnen, dieser Pflegepersonalmangel wird sich in den nächsten Jahrzehnten noch deutlich zuspitzen. Neben praktisch Pflegenden wird es in den nächsten zehn Jahren auch einen größeren Bedarf an Pflegelehrerinnen geben, wenn die jetzt über 50-jährigen Lehrerinnen in den Ruhestand gehen.

2.2 Betriebszugehörigkeit

Die längste Beschäftigungsdauer der Pflegenden ist im Sektor Krankenhaus zu verzeichnen. 61,9 % der Angestellten im Pflegebereich sind dort bereits seit über zehn Jahren in einer Einrichtung beschäftigt. An zweiter Stelle ist die stationäre Behindertenhilfe zu nennen, 37 % der Mitarbeiterinnen sind dort seit mehr als zehn Jahren bei einem Träger tätig. Am kürzesten ist die Beschäftigungsdauer der Pflegenden im Bereich der Tagespflegeeinrichtungen. 38 % der

Mitarbeiterinnen in der Pflege sind dort unter zwei Jahren beschäftigt. Da die meisten Tagespflegeeinrichtungen aber erst in den letzten Jahren gegründet wurden, können diese Zahlen nicht mit den anderen Sektoren verglichen werden. In den Sektoren der stationären Altenpflege und der ambulanten Pflegedienste sind mehr als 50 % der Mitarbeiterinnen bereits über fünf Jahre in derselben Einrichtung beschäftigt.

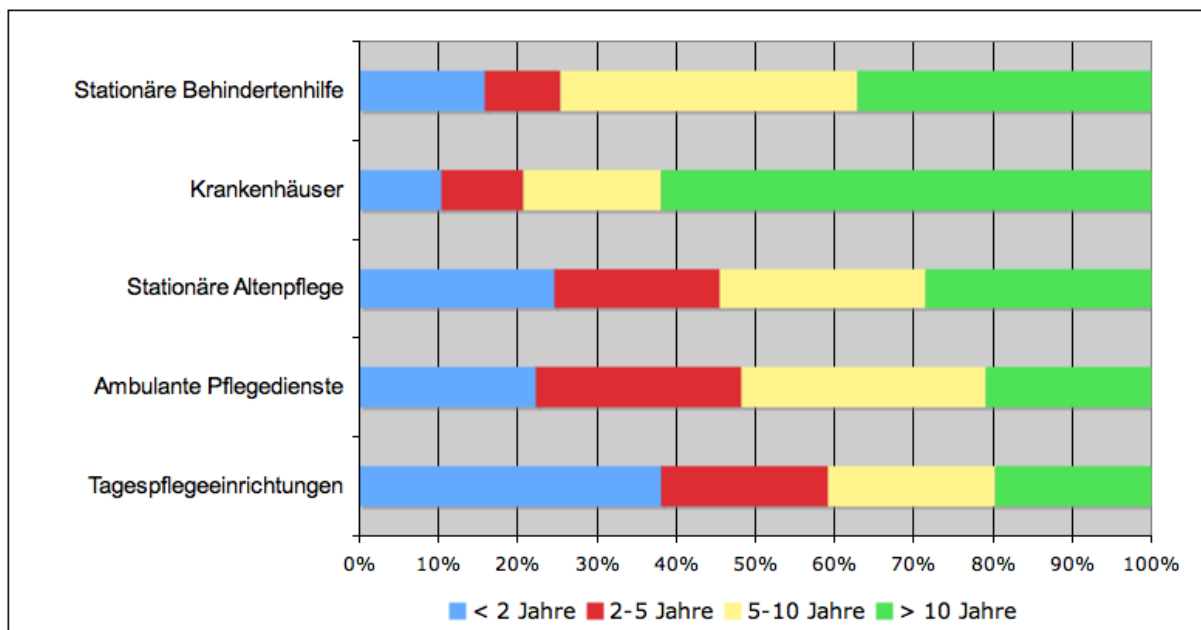


Abb. 4: Beschäftigungsdauer in den Sektoren

Die Bremer Daten entsprechen hinsichtlich der Betriebszugehörigkeit den bundesdeutschen Ergebnissen. Der NEXT-Studie zufolge bleiben die Pflegenden in Deutschland im Erfassungszeitraum von 2002 bis 2005 im Mittel 6,5 Jahre in einer Einrichtung (Tackenberg/ Hasselhorn/ Büscher 2005: 24f). Gründe für die lange Beschäftigungsdauer in den Krankenhäusern liegen vermutlich in den vergleichsweise guten Arbeitsbe-

dingungen sowie der tariflichen Absicherung (s. Kapitel 3). In der ambulanten Pflege können kürzere Beschäftigungszeiträume möglicherweise teilweise darauf zurückgeführt werden, dass dieser Sektor sich in seiner jetzigen Form erst seit 1995 konstituiert hat. Grundsätzlich stellen lange Beschäftigungszeiträume einen Verweis auf gute Lohn- und Arbeitsbedingungen dar.

3. Vergütung und Interessenvertretung

Eine angemessene Vergütung sowie die arbeitsrechtliche Absicherung sind wichtige Voraussetzungen für die Gewinnung von qualifizierten Fachkräften. Nur mit gut qualifiziertem Personal wiederum lässt sich gute, qualitativ hochwertige Pflege realisieren.

Hinsichtlich der tariflichen und arbeitsrechtlichen Absicherung stehen die Beschäftigten in den Krankenhäusern am besten da (Abb. 5). Alle Krankenhäuser richten sich nach einem Tarifvertrag, acht von neun haben einen Betriebsrat und sechs eine Schwerbehindertenvertretung. Am wenigsten sind entsprechende Strukturen in der ambulanten Pflege ausgeprägt: Einen Betriebsrat gibt es bei acht, eine Schwerbehindertenvertretung bei keinem der Anbieter. Nur 18 von 50

Anbietern in der ambulanten Pflege halten sich an einen Tarifvertrag. Bei den Einrichtungen der stationären Altenpflege entlohnen mit 38 von 64 Einrichtungen über die Hälfte nach einem Tarifvertrag, in 22 Einrichtungen gibt es einen Betriebsrat und 16 Einrichtungen haben eine Schwerbehindertenvertretung. In der Tagespflege sind 11 der 16 Anbieter an einen Tarifvertrag gebunden, in sieben Einrichtungen gibt es einen Betriebsrat und in sechs Einrichtungen eine Schwerbehindertenvertretung. In der stationären Behindertenhilfe entlohnen 11 der 13 Einrichtungen nach Tarifvertrag. Hier verfügen auch neun Einrichtungen über einen Betriebsrat und fünf Einrichtungen über eine Schwerbehindertenvertretung.

Auf die Frage, welchen Stundenlohn eine Pflegekraft in der Endstufe maximal erhalten kann, sind die Antworten sehr heterogen und reichen von 11 bis 25 €. Die Stundenlöhne liegen im Durchschnitt bei 14,05 € in der ambulanten Pflege und bei 15,28 € in der Tagespflege. Die höchsten

Einzelsätze werden nach Angaben der Einrichtungen in der Tagespflege und der ambulanten Pflege gezahlt. Bei diesen Angaben handelt es sich um das Arbeitnehmerbrutto in der Endstufe des Stundenlohns für eine examinierte Fachkraft.

	Stationäre Altenpflege	Ambulante Pflege	Tagespflege	Krankenhäuser
Einrichtungen gesamt	64	50	16	9
Nach Tarifvertrag	38	18	11	9
Ohne Tarifvertrag	13	14	3	0
Schriftliche Gehaltsstruktur	8	14	2	0
Keine Angabe	5	4	0	0

Abb. 5: Entlohnung in den Sektoren⁸

Vergleichende Daten über bundesweite Tarifstrukturen in den verschiedenen Sektoren konnten nicht ermittelt werden. Nur für den Krankenhausbereich gibt es Daten, wonach in öffentlichen Krankenhäusern das nicht medizinische Personal zu 79,1 % nach TVöD bezahlt wird, bei freigemeinnützigen Krankenhausträgern liegt der Prozentsatz derer, die nach AVR vergütet, bei 75 %. Bei privaten Trägern ist die Bezahlung wesentlich heterogener und es gibt kein vorherrschendes Tarifmodell (Blum/Offermans/Perner 2007: 61). Die eigenen Ergebnisse zeigen, dass stationäre Einrichtungen stärker in Tarifverträge eingebunden sind und dort auch die Interessenvertretung der Mitarbeiterinnen etablierter ist. Was die Interessenvertretung anbetrifft lassen sich diese Ergebnisse u.a. darauf zurückführen, dass im ambulanten Bereich weniger Beschäftigte gewerkschaftlich organisiert sind (Bury/Lademann/Reuhl 2006). In keiner der ambulanten Einrichtungen gibt es eine Schwerbehindertenvertretung, was möglicherweise mit der Größe der Betriebe zusammenhängt oder darauf hindeutet, dass dort weniger Schwerbehinderte einen Arbeitsplatz finden können als in den ande-

ren Sektoren. Auch wenn die Höhe des Gehalts nicht zwingend an einen Tarifvertrag gebunden ist, so ist dennoch zu befürchten, dass der Mangel an Tarifstrukturen eher darauf hindeutet, dass in diesen Sektoren nur tarifliche und arbeitsrechtliche Mindeststandards gelten und die Gefahr besteht, dass diese sogar unterschritten werden können. Dass auch von rechtlicher Seite die Notwendigkeit gesehen wird, die Tarifbindung in der Pflege zu stärken, beweist das Urteil des Bundessozialgerichts gegen Lohn-Dumping in der Pflege vom 29. Januar 2009 (Soziale Sicherheit plus: 9). Ohnehin liegen die derzeitigen Tarife im Vergleich zu anderen Berufen im unteren Gehaltsbereich. Im Rahmen des Pflegeberichts nicht erhoben wurden die Löhne für Un- und Angelernte oder Pflegehelferinnen. Die Verhandlungen der Bundesregierung um die Festlegung eines Mindestlohns für Altenpflegehilfskräfte sollen im Sommer zu einem Abschluss kommen. Die Höhe des Mindestlohns steht derzeit noch nicht fest, die Gewerkschaft ver.di fordert einen Mindestlohn in Höhe von 9,50 Euro (Care Konkret 2009: 1-2).

⁸ Von den Einrichtungen der stationären Behindertenhilfe wurde die Frage größtenteils nicht beantwortet.

4. Herkunft des Pflegepersonals

Vor dem Hintergrund des wachsenden Anteils an Migrantinnen in der Bundesrepublik wurde im Rahmen des Pflegeberichts überprüft, ob sich dieser Trend auch in der Berufsgruppe der Pflegenden nachweisen lässt. Der verwendete Migrationsbegriff umfasst sowohl Ausländerinnen als auch Aussiedlerinnen und eingebürgerte Menschen.

Die Krankenhäuser haben zu den Fragen zum Migrationshintergrund keine verwertbaren Angaben gemacht. Mehr als 65 % der Einrichtungen in der stationären Altenpflege und der ambulanten Pflege geben an, dass sie Pflegepersonal mit Migrationshintergrund beschäftigen. Der innerbetriebliche Anteil schwankt zwischen 5 bis 55 % in der stationären Altenpflege und 5 bis 80 % in der ambulanten Pflege, wobei ein größerer Teil der Einrichtungen bei 10 bis 30 % der Mitarbeiterinnen liegt. Tendenziell sind in der stationären Altenpflege mehr Pflegepersonen mit Migrationshintergrund beschäftigt als in der ambulanten Pflege. 57 % der Einrichtungen der stationären Altenpflege, die Migrantinnen beschäftigt haben, geben einen Anteil von über 20 % an, in der ambulanten Pflege erreichen nur 34 % der Einrichtungen, die überhaupt Migrantinnen beschäftigen, diesen Prozentsatz. Bezogen auf die Herkunft stammen die meisten Pflegenden mit Migrationshintergrund aus osteuropäischen Staaten, wobei am häufigsten Polen genannt wird. Ein

türkischer Migrationshintergrund wird deutlich seltener angegeben und ist nur halb so oft vertreten wie die Herkunftsländer Polen oder Länder der ehemaligen Sowjetunion.

Der prozentuale Anteil von Migrantinnen am Pflegepersonal entspricht etwa dem Bevölkerungsanteil in der Bundesrepublik, der 2006 bei fast einem Fünftel (19 %) lag (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2006). In der Stadt Bremen stammt die größte Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund aus der Türkei, gefolgt von Polen und den Ländern der ehemaligen Sowjetunion (Statistisches Landesamt Bremen 2007), bei den Pflegenden liegen die Personen mit türkischem Migrationshintergrund dagegen hinter den Pflegenden aus Polen und den Ländern der ehemaligen Sowjetunion auf Platz 3. Dass sich die Bevölkerungsrelationen nicht in den Beschäftigtenzahlen widerspiegeln, ist möglicherweise auf kulturelle Hindernisse oder darauf zurückzuführen, dass türkische Migrantinnen im Integrationsvergleich generell schlechter abschneiden als die anderen Migrantinnengruppen (Berlin-Institut 2009). Eine stärkere Integration von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in die Berufsgruppe der Pflegenden wäre von hoher Bedeutung, um beispielsweise muttersprachliche und kultursensible Pflegeangebote machen zu können.

5. Qualitätssicherungssysteme und Expertenstandards

Um eine optimale Versorgung der Pflegebedürftigen sicherzustellen, sind Einrichtungen im Gesundheitswesen (auch gesetzlich) verpflichtet, qualitätssichernde Maßnahmen durchzuführen. Einheitliche oder verbindliche Qualitätssicherungssysteme gibt es allerdings nicht. Ein bereits entwickeltes Instrument zur Qualitätssicherung und -entwicklung, das in Zukunft noch mehr Gewicht erhalten wird, sind die nationalen Expertenstandards. Darunter sind von Pflegeexpertinnen anhand von wissenschaftlichen Verfahren erarbeitete Qualitätsanforderungen an die Pflege von

Patientinnen mit bestimmten Pflegephänomenen zu verstehen. Die Standards enthalten abstrakte Ziele, die einrichtungsintern angepasst werden müssen. Eine erste Serie solcher Standards wurde mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit durch das Deutsche Netzwerk Qualitätsentwicklung in der Pflege entwickelt (DNQP 2008). Im Folgenden wird der Implementationsgrad sowohl von Qualitätssicherungssystemen als auch von Expertenstandards dargestellt.

5.1 Implementation von Qualitätssicherungssystemen

Über alle Sektoren hinweg bejahen zwei Drittel der Einrichtungen die Frage, ob sie ein internes Qualitätssicherungssystem eingeführt haben. Die Tagespflegeeinrichtungen liegen dabei mit 75 % kurz hinter den Krankenhäusern mit 77,8 %. In der stationären Altenpflege geben 81,3 % der Einrichtungen an, interne Qualitätssicherung zu betreiben und in der ambulanten Pflege 88 % der Einrichtungen. Nicht alle Einrichtungen nutzen dafür ein bereits entwickeltes Qualitätsmanagementsystem. In der Tagespflege greifen 50 %, in den Krankenhäusern 55,6 %, in der ambulanten Pflege 60 % und in der stationären Altenpflege 73,4 % der Einrichtungen auf ein solches System zurück. Dabei finden ganz unterschiedliche Systeme in der Praxis Verwendung: von der DIN EN Iso Reihe über TQM (Total Quality Management), CertQua bis hin zu lokalen Systemen wie das QM-System der AWO Bremen oder hauseigenen Systemen. Während im Krankenhausbereich zwei Drittel aller Einrichtungen auch zertifiziert sind, fällt dieser Anteil in den anderen Sektoren deutlich geringer aus (in der ambulanten Pflege 12 %, in der stationären Altenpflege 7,7 %), wobei einige Institutionen angeben, zukünftig eine Zertifizierung anzustreben.

Die Ergebnisse des Landes Bremen weisen in die gleiche Richtung wie bundesdeutsche Daten, zumindest was die Situation in der stationären

Altenpflege anbetrifft (andere Vergleichsdaten liegen nicht vor). Den MDS – Qualitätsberichten (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) zufolge führen 76 % aller Pflegeheime ein internes Qualitätsmanagement durch (bmfsj 2006). In allen Sektoren zeigen die Einrichtungen ein hohes Bewusstsein für das interne Qualitätsmanagement. Viele Einrichtungen nutzen dazu externe Qualitätssicherungssysteme, wobei die eingesetzten Systeme vielfältig sind. Pflegewissenschaftlich wird der Einsatz solcher Systeme auch kritisch diskutiert. Dabei steht aus pflegewissenschaftlicher Sicht bislang der Nachweis aus, dass die Einführung von Qualitätsmanagementsystemen zu einer Verbesserung in der Versorgung der zu Pflegenden führt, da die Systeme häufig sehr stark formalisiert und mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden sind (Casiier-Woidasky 2007; Mitnacht et al. 2006; Habermann/Biedermann 2007; Gebert/Kneubühler 2001). Alternative Ansätze der Qualitätsentwicklung, die stärker auf die Kompetenzentwicklung der Pflegenden abzielen, wie beispielsweise institutionalisierte Fallbesprechungen, Pflegevisiten oder Qualitätszirkel werden diskutiert (Friesacher 2009; Ackermann 2003; Gebert/Kneubühler 2001; Cassier-Woidasky 2007; Habermann/Biedermann 2007).

5.2 Implementation von Expertenstandards

Die nationalen Expertenstandards finden in allen Sektoren - wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung - Anwendung (Abb. 6). Der Dekubitusstandard ist am meisten verbreitet, in den drei großen Sektoren wurde er zu 80 bis 90 % implementiert. Der Expertenstandard zum Entlassungsmanagement wird dagegen am wenigsten umgesetzt, nämlich in den drei großen Sektoren von 40 und 55 % der Einrichtungen. Kranken-

häuser greifen am häufigsten auf die nationalen Expertenstandards zurück (mit Ausnahme des Expertenstandards Schmerzmanagement), gefolgt von der stationären Altenpflege, der ambulanten Pflege und den Tagespflegeeinrichtungen. In der stationären Behindertenhilfe wird deutlich weniger auf Basis der Expertenstandards gepflegt. Darüber hinaus gibt es in allen Sektoren zahlreiche weitere hauseigene Standards.

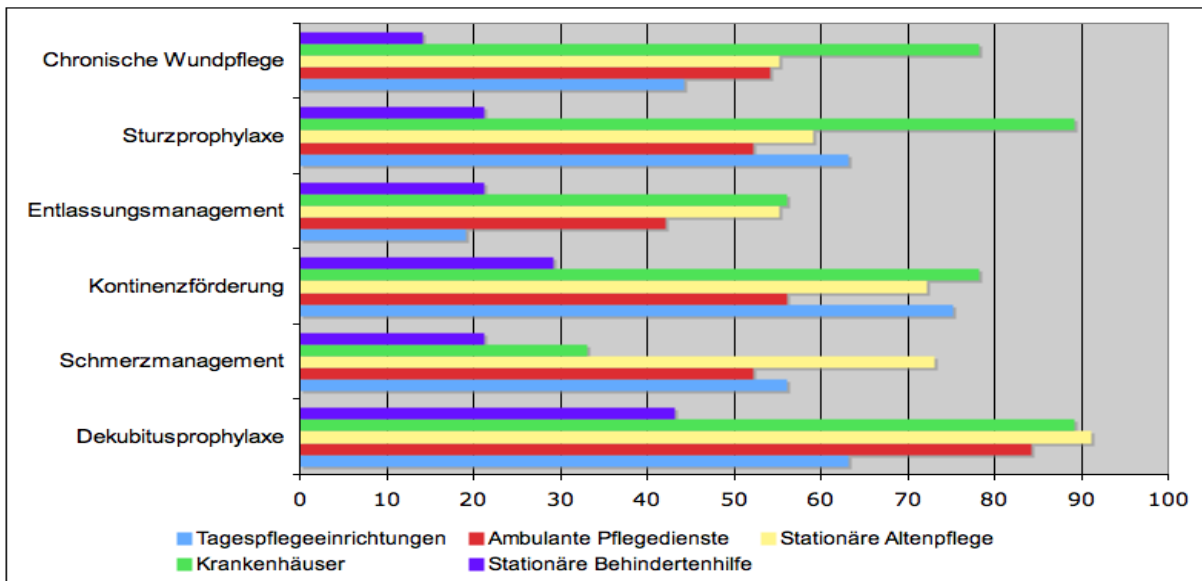


Abb. 6: Verwendung von Expertenstandards in den Sektoren

Die vergleichsweise guten Ergebnisse der stationären Altenpflege lassen sich vermutlich darauf zurückführen, dass die Umsetzung der Expertenstandards auch Bestandteil der MDK-Qualitätsprüfungen ist (MDS 2005). Die niedrige Umsetzungsrate des Expertenstandards Schmerzmanagement im Krankenhaus könnte damit zusammenhängen, dass das Schmerzmanagement in den Krankenhäusern eher in den Händen der Mediziner liegt und diese dafür andere Instrumente nutzen. Ähnliches gilt für das Entlassungsmanagement, für das in vielen Einrichtungen der Sozialdienst verantwortlich ist. Im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (SGB XI § 113) hat der Gesetzgeber für die Zukunft festgelegt, dass die Expertenstandards einen verbindlichen Status erhalten sollen, allerdings nicht die bereits vorhandenen, sondern erst noch zu entwickelnde Standards. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht

werden die bisherigen Expertenstandards kritisch beurteilt (Meyer/Köpke 2006; Wingefeld 2004), eine verbindliche Anwendung der Standards wird deshalb kontrovers beurteilt bzw. eine Weiterentwicklung der Standards gefordert (Behrens/Langer 2006; Böhme 2001). Dennoch konkretisieren die vorliegenden Standards, auch wenn sie noch reformbedürftig sind, den aktuellen medizinisch-pflegewissenschaftlichen Erkenntnisstand und bieten den Pflegeeinrichtungen eine Orientierung bei der Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege bei häufig auftretenden Pflegephänomenen. Der festgestellte Implementationsgrad der Expertenstandards belegt das hohe Bewusstsein der Einrichtungen von der Notwendigkeit, Pflegequalität zu sichern und das pflegerische Handeln auf aktueller Evidenz zu gründen.

6. Institutionelle Kooperationen und Schnittstellenmanagement

Mit Schnittstellenmanagement sind Aktivitäten zur Vernetzung von an der pflegerischen Versorgung beteiligten Institutionen, Berufsgruppen und Diensten zum Zwecke der besseren Koordination und Abstimmung und der Sicherstellung einer kontinuierlichen Versorgung gemeint. Im Fokus steht dabei die möglichst reibungslose Organisation und Koordination von Versorgungsleistungen zwischen den Sektoren (externes Schnittstellen-

management) bzw. unterschiedlicher Abteilungen und Berufsgruppen innerhalb eines Sektors (internes Schnittstellenmanagement). Die Schnittstellenproblematik in der Gesundheitsversorgung ist in den letzten Jahren politisch nicht zuletzt aufgrund der damit verbundenen Einsparpotenziale immer wieder thematisiert worden (SVR 2001; 2003). Wesentliche Argumente für den Ausbau von Schnittstellenmanagementsystemen

bestehen darin, Versorgungslücken zu schließen, Über-, Unter- und Fehlversorgung zu minimieren und damit letztlich auch ökonomische Ressourcen einzusparen. Vor allem zwei Wege werden diskutiert, um dieser Problematik zu begegnen. Während der eine eher auf der Systemebene ansetzt und auf Versorgungsstrukturen abhebt (Care Management), geht es bei dem zweiten Ansatz stärker darum, für den Einzelfall das bestmögliche Behandlungs- bzw. Versorgungsarrangement zu finden, wobei auch hier sektorenübergreifend geplant wird (Case Management) (SVR 2007). Case Management kann als eine Form der indikationsspezifischen integrativen Versorgung (integrativ meint gerade die sektorenübergreifende Versorgungsform) verstanden werden. Schaeffer und Ewers (2006) verweisen darauf, dass die Optimierung der Versorgungsprozesse häufig monoprofessionell ausgerichtet bleibt und meistens mit einer Dominanz der Me-

dizin einhergeht. Dies gilt z. B. für die Übergänge vom stationären in die anderen Sektoren. Dabei findet die Überleitung bislang überwiegend von Medizin zu Medizin und von Pflege zu Pflege statt, wobei im Diskurs um die Gestaltung von Versorgungsformen Einigkeit darüber besteht, dass ein Zusammenwirken aller Gesundheits- und Sozialprofessionen wesentlich ist. Der Pflege wird hier eine bedeutende Rolle zugeschrieben, da sie in allen Sektoren an der Versorgungsleistung beteiligt ist und über weitere Strecken den intensivsten Kontakt zu den zu Pflegenden hat und damit gerade zur gelingenden Versorgungsplanung und Ausführung wesentlich beitragen könnte (Schaeffer/Ewers 2006). Im Rahmen des Pflegeberichts wurden Ansätze des Schnittstellenmanagements in den unterschiedlichen Sektoren sowie die Rolle der Pflegenden bei dieser interprofessionell zu leistenden Aufgabe ermittelt.

6.1 Institutionalisierte Kooperationen

Alle Krankenhäuser pflegen institutionalisierte Kooperationen. In der stationären Altenpflege geben dies 44 der 64 Einrichtungen an, in der ambulanten Pflege 29 von 50, in der Tagespflege 13 von 16, die stationäre Behindertenhilfe macht hierzu keine Angaben. Die Kooperationen können sektorenübergreifend folgendermaßen differenziert werden:

1. Kooperationen mit einzelnen anderen Institutionen, beispielsweise mit Schulen, Hochschulen, Rehabilitationseinrichtungen u.ä.,
2. Arbeitskreise, z. B. Arbeitsgruppen des Berufsverbands privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Qualitätskonferenz Diakonisches Werk, Arbeitskreis der Tagespflegeeinrichtungen, Freie Kliniken Bremen,
3. Netzwerke, z. B. Netzwerk Weser, Paritätisches Versorgungsnetz, Pflegenetzwerk „Zu Hause leben“, Gesundheitspark Bremen-Nord,
4. Politische Zusammenschlüsse, wie „Runder Tisch Pflege“, Landesfachbeirat Pflege.

Zwar kein Schnittstellenmanagement, aber doch eine Vernetzung und gezielte Koordination von Dienstleistungsangeboten bieten die in den letz-

ten Jahren im ambulanten Sektor entstehenden Pflegenetzwerke an. Einen exemplarischen Einblick in die Arbeit der Netzwerke liefert der folgende Bericht über das „Beratungs- und Pflegenetzwerk Weser“, das von der Pflegewirtin Valleska Dünzelmann geleitet wird:

Unter dem Slogan „Organisieren Sie Ihre Selbstständigkeit mit unserer Hilfe“ bietet das „Beratungs- und Pflegenetzwerk Weser“ Ratsuchenden zum einen Beratung und Information rund um das Thema Pflege an, hilft bei Antragsstellungen bei Behörden und Versicherungen und nimmt Kontakt zu den entsprechenden Stellen auf. Zum Anderen vermittelt es seinen Kundinnen Unterstützungsleistungen im Rahmen eines so genannten Pflegenetzwerkes, dem 30 ausgewählte, qualitätsgeprüfte Leistungserbringer der Neustadt angehören. Das Spektrum der Leistungen umfasst neben Angeboten aus den Bereichen der Pflege (z.B. Kurzzeitpflege, Stationäre bzw. Ambulante Pflege) bzw. der Gesundheit (z.B. Hausbesuche von Therapeutinnen, Akustikerinnen) auch Angebote aus den Bereichen der Versorgungs- und Betreuungsleistungen (z.B. Fahrdienste, Essen auf Rädern) sowie der haushaltsnahen Dienstleistungen (z.B.

Lebensmittel- und Getränkelieferung, Hausmeister-tätigkeiten). Die Beratungsstelle pflegt ferner Schnittstellen u.a. zu Hausärztinnen im Stadtteil, zu Gemeinden, zu Krankenhäusern, zur Unabhängigen Patientenberatung Bremen, zu Tagespflegeeinrichtungen, zu ambulanten Pflegediensten und zu einem ehrenamtlichen Nachbarschaftshilfenetzwerk. Oberstes Prinzip bei der Vermittlung von Leistungsanbietern ist die uneingeschränkte Wahlfreiheit der Kundinnen.

(aus Bericht Expertinneninterview: Schnittstellenmanagement in der ambulanten Pflege)

6.2 Schnittstellenmanagement

Alle Krankenhäuser geben an, ein Schnittstellenmanagement durchzuführen. Ein Krankenhaus verweist auf die Einführung eines Case-Management-Systems. In der stationären Altenpflege und der ambulanten Pflege haben mit 45 % bzw. 41 % jeweils deutlich unter 50 % der Einrichtungen ein Schnittstellenmanagement etabliert. Im Sektor Tagespflege geben dies 11 von 16 Einrichtungen an und in der stationären Behindertenpflege sind es acht Einrichtungen.

Als ein Instrument des Schnittstellenmanagements zwischen den verschiedenen Sektoren wird in der ambulanten Pflege am häufigsten die „Überleitungspflege“ genannt, wobei dieser Begriff nicht für ein bestimmtes Konzept steht und daher unklar ist, wie diese Angabe in der Praxis gefüllt wird. In der stationären Altenpflege und den Tagespflegeeinrichtungen steht das „Überleitungsformular“ an erster Stelle, bei den ambulanten Pflegeeinrichtungen an zweiter Stelle. Zwei Einrichtungen verweisen auf die Verwendung eines Expertenstandards „Überleitung“, womit vermutlich der Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ gemeint ist.

Das Schnittstellenmanagement wird in den verschiedenen Sektoren entweder durch die Pflegenden oder den Sozialdienst übernommen. In sechs von neun Krankenhäusern erfolgt das Schnittstellenmanagement durch den Sozialdienst, in den anderen Sektoren werden als durchführende Personen die Pflegedienstleitungen, Sozialarbeiterinnen oder in einem Fall eine Case Managerin genannt.

Die genannten Kooperationen sind auf die Organisation auch sektorübergreifender unterschiedlicher Dienstleistungsangebote sowie auf die intersektorale Qualitätssicherung gerichtet. Ein Drittel der befragten Einrichtungen aus dem Bereich der stationären Altenpflege und der ambulanten Pflege haben bislang keine institutionalisierten Kooperationen ausgebildet. Dieser Mangel deutet darauf hin, dass die Möglichkeiten der Vernetzung von Versorgungsangeboten und der Qualitätssicherung nicht von allen Einrichtungen ausgeschöpft werden.

In Bremen gibt es hervorragende Beispiele für ein von Pflegenden durchgeführtes Case Management im Sektor Krankenhaus. Das nachfolgende Beispiel gibt einen Einblick in die Arbeit eines Krankenpflegers (Patrick van Hall), der in der Kinderklinik des Klinikums Bremen-Mitte als Case Manager tätig ist.

Auf der Fallebene stehen das erkrankte Kind und seine Familie im Mittelpunkt. Der Krankenpfleger und Case Manager van Hall strukturiert seine Arbeit anhand des CM-Regelkreises, der sich im Hinblick auf seine Arbeit wie folgt konkretisiert:

1. *Beim Erstkontakt in der Klinik strukturiert Informationen sammeln und Pflege- sowie Betreuungsbedarfe einschätzen („Bedarfsmessung“).*
2. *Gemeinsam mit Kind und Eltern einen bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgungs-/Hilfeplan erstellen.*
3. *Maßnahmen initiieren durch Organisation und Koordination der verschiedenen Leistungsanbieter bzw. Kostenträger für den stationären Aufenthalt und die Zeit danach („Knüpfen des Hilfe-Netzwerks“).*
4. *Telefongespräch 24 Stunden nach der Entlassung führen, um die erbrachten Dienstleistungen zu kontrollieren und zu bewerten. Identifikation von „Nachbesserungsbedarfen“ im konkreten Fall und Zusicherung, künftig als Ansprechpartnerin zu fungieren.*
5. *Optimierungspotenziale identifizieren und diese in die künftige Arbeit als Case ManagerIn integrieren.*

Auf der Systemebene fördert der Case Manager van Hall die Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen unterschiedlichen Kostenträgern, Gesundheitsdienstleistern bzw. Berufsgruppen. Er unterscheidet hierbei interne Kooperationspartner wie beispielsweise Ärztinnen, Pflegenden, Psychologinnen, Sozialarbeiterinnen, „Brückenschwestern“ und Physiotherapeutinnen des Klinikums Bremen-Mitte von externen Partnern wie Rehabilitationskliniken, ambulanten Pflegediensten, Kinderhospizen, Hausärztinnen, Kranken- und Pflegekassen, Hilfsmittelversorgern, Apotheken und Selbsthilfegruppen. Für seine Arbeit nutzt der Case Manager diverse auf spezifische Krankheitsgruppen zugeschnittene, erfahrungsbasierte Instrumente wie beispielsweise Checklisten und Gesprächsleitfäden.

(aus Bericht Expertinneninterview: Schnittstellenmanagement / Case Management in der stationären Pflege)

Das hier geschilderte best practice Beispiel darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass ein solches systematisches und interprofessionelles Case Management in Bremen erst ansatzweise bzw. in wenigen Institutionen etabliert wurde. Vielmehr deuten die verwendeten Begriffe, wie „Überleitungspflege“ oder „Pflegeüberleitung“, darauf hin, dass sich das praktizierte Schnittstellenmanagement nur auf die Berufsgruppe der Pflegenden bezieht, also monoprofessionell stattfindet, und wenig systematisch vorgenommen wird. Darüber hinaus zeigt sich auch in diesem Beispiel die Problematik, dass eine langfristige Begleitung von Patientinnen über den eigenen Sektor hinaus derzeit aufgrund der sektoralen Versorgungsstrukturen kaum möglich ist. Zwar wird im dargestellten Beispiel die Zusage der zukünftigen Ansprechbarkeit gemacht, der stationäre Case Manager ist aber letztlich nicht für die poststationäre Pflege und Versorgung zuständig. Um Patientinnen sektorenübergreifend begleiten

und versorgen zu können, müssten die Case Managerinnen in allen Sektoren agieren können und unabhängig von der Trägerstruktur eines Sektors sein. Solche integrierten Versorgungsstrukturen, bei denen auch stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen und darüber hinaus noch weitere Berufsgruppen einbezogen werden, existieren in Bremen derzeit nicht.

In den Bremer Kliniken gibt es nach Einschätzung der Expertinnen im Rahmen des Expertinnenworkshops ein breites Spektrum der Beteiligung der Pflegenden am Schnittstellen- und Überleitungsmanagement: Während in einigen Häusern bzw. einigen Bereichen ein ausgearbeitetes pflegerisches Case Management praktiziert wird, beteiligen sich Pflegenden in anderen Häusern gar nicht daran. Zum Teil gibt es auch Widerstand aus dem Sozialdienst, auf dem Gebiet der Überleitung mit der Pflege zusammen zu arbeiten. Eben eine solche Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen wäre aber aus Sicht der Expertinnen sinnvoll. Als Indiz dafür, dass das Entlassungsmanagement in den Kliniken etwa zur Hälfte in den Händen des Sozialdienstes liegt, können auch die Ergebnisse zum Implementationsgrad des Expertenstandards „Entlassungsmanagement“ gewertet werden, da der Standard nur in fünf von neun Häusern implementiert ist. Bislang konnten sich die Pflegenden damit im Handlungsfeld Schnittstellenmanagement noch nicht in allen Krankenhäusern profilieren.

In der ambulanten Pflege und der stationären Altenpflege haben über die Hälfte der Einrichtungen noch kein Schnittstellenmanagement etabliert. Wenn doch, bezieht es sich vorwiegend auf Aspekte der Dokumentation, so dass eine kontinuierliche pflegerische Versorgung vermutlich nicht immer sichergestellt ist.

7. Angebot und Bedarf an pflegerischen Dienstleistungen

In diesem Kapitel werden Angaben bezüglich der pflegerischen Angebote zusammengefasst. Auf die offene Frage nach fachlichen Schwerpunkten

und inhaltlichen Besonderheiten haben die Einrichtungen sowohl vom Umfang als auch von der Qualität her sehr unterschiedlich geantwortet. Die

Antworten bilden das Spektrum der Angebote nicht ab, sondern sie zeigen eher, was die Einrichtungen für erwähnenswert halten. Dennoch können von den Angaben Tendenzen abgelesen werden. Diese Angaben werden hier ergänzt um die Antworten zu der geschlossenen Frage nach pflegerischen Angeboten zum Wohnen mit Service, zu ambulant betreuten Wohngemeinschaften, zur Kurzzeitpflege und zur häuslichen Nachtpflege. Da im Rahmen des Pflegeberichts keine Daten zum Pflegebedarf erhoben wurden, war der Abgleich zwischen Angebot und Bedarf ein Diskussionspunkt im Expertinnenworkshop. Die diesbezüglichen Ergebnisse werden hier ebenfalls dargestellt.

Stationäre Altenpflege: In der stationären Altenpflege wird als wichtigster fachlicher Schwerpunkt die Versorgung von Menschen mit Demenz bzw. von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen angegeben. Vereinzelt werden noch weitere Schwerpunkte, wie etwa die Pflege von Menschen im Wachkoma, von Menschen mit MRSA/ORSA, von Menschen mit M. Korsakow, von Menschen mit „schwierigem sozialem Hintergrund“, wie obdachlosen oder suchtkranken Menschen oder von jungen Menschen mit HIV-Infektion, genannt. Von den befragten Einrichtungen der stationären Altenpflege haben 29 Einrichtungen Wohnen mit Service⁹ und zehn ambulant betreute Wohngemeinschaften im Programm, 48 Einrichtungen bieten Kurzzeitpflege an. Davon sind zwei Kurzzeitpflege-Solitäreinrichtungen und 14 Kurzzeitpflegestationen an Altenpflegeheimen mit Versorgungsvertrag für Krankenhaushausnachsorge. Bei den übrigen Kurzzeitpflegeangeboten handelt es sich um sogenannte "Streubetten", die nur für Urlaubs- bzw. Verhinderungspflege genutzt werden dürfen. An Besonderheiten wurde von mehreren stationären Altenpflegeeinrichtungen das Angebot an alternativen Wohnformen, wie Wohnen in Hausgemeinschaften oder das Wohnküchenkonzept, hervorgehoben. Eine ebenfalls häufiger genannte Besonderheit besteht in der engen Kooperation mit Angehörigen und Ehrenamtlichen sowie der Stadtteilarbeit. Von vereinzelt

Einrichtungen wird die Implementation von Validation, die Arbeit nach dem psychobiografischen Modell nach Böhm, Bezugspflege und Offenheit für alle Nationalitäten betont. Jeweils eine Einrichtung betrachtet es als Besonderheit, eine Pflegewissenschaftlerin beschäftigt zu haben bzw. sich durch einen externen Pflegewissenschaftler beraten zu lassen. Aus diesen Angaben geht hervor, dass einige Einrichtungen Konzepte implementiert haben, um den spezifischen Bedarfen insbesondere von demenzerkrankten Menschen zu begegnen. Exemplarisch wird nachfolgend das Pflegekonzept des Hauses O'land beschrieben:

Konzeptionell orientiert sich das Haus O'land am Validationsansatz nach Naomi Feil, was sich bspw. auch in der Aufteilung der Wohnbereiche widerspiegelt. Feil differenziert unterschiedliche Stadien der Demenz. Die Wohnbereiche des Hauses O'land sind daran orientiert und unterteilen sich in den Wohnbereich 1 für Menschen mit fortgeschrittener Demenz, den Wohnbereich 2 für Menschen mit mittelschwerer Demenz und den Wohnbereich 3 für Menschen mit leichter Demenz. Im Wohnbereich 3 sind die Bewohner häufig in einer Situation, in der sie ihr Leben noch selbstständig gestalten wollen und Schwierigkeiten damit haben, die Hilfe von Mitarbeitern anzunehmen. Die Menschen in Wohnbereich zwei leben häufig in der Vergangenheit, sind beispielsweise davon überzeugt, zur Arbeit oder sich um die Familie kümmern zu müssen und erkennen Mitarbeiter oder Angehörige nicht. Bei den Bewohnern im Wohnbereich 3 ist in der Regel das Sprachverständnis schwer gestört und verbale Interaktionen treten in den Hintergrund. Das jeweilige Pflege- und Betreuungskonzept der einzelnen Wohnbereiche ist an die unterschiedlichen Bedürfnislagen der Bewohner angepasst. Während im Wohnbereich 3 vor allem Sachlichkeit und ein behutsames Anbieten von Hilfeleistungen notwendig sei, stehen im Wohnbereich 1 stärker Elemente nichtsprachlicher Einfühlung und Begleitung im Mittelpunkt. Als Grundverständnis, so die Betreiber der Einrichtung, ist es für die Mitarbeiter wesentlich, dass sie darum wissen und akzeptieren, dass es an den Mitarbeitern liegt, geeignete Zugangswege zu den Bewohnern und Ansatzpunkte zur Tagesgestaltung zu finden. Grundlage

⁹ Entsprechend des Bremer Altenplans ist das Konzept ‚Service-Wohnen‘ eindeutig bestimmt. Danach entsprechen in Bremen zur Zeit maximal 12 Einrichtungen dieser Definition.

der Pflegearbeit ist deshalb eine ethische Haltung der Anerkennung und die Orientierung am Prinzip Geborgenheit. Alle Mitarbeiter werden im Bereich der Validation nach Feil geschult und das Pflegeheim weist sich dadurch aus, dass eine Lehrerin für Validation nach Feil fest angestellt ist und die Mitarbeiter und Bewohner begleitet und anleitet. Als weitere pflegerische Konzepte werden im Haus O'land das Konzept der Basalen Stimulation, fördernde Pflege und die Verlaufskurvenarbeit sowie ein für diesen Bereich zugeschnittenes Dokumentationssystem umgesetzt.

(aus Bericht Expertinneninterview: Haus O'land)

In der stationären Altenpflege kommen die Expertinnen zu der Einschätzung, dass trotz einiger vorhandener Angebote insbesondere fachlich fundierte Angebote für schwerstpflegebedürftige Menschen bzw. Menschen mit komplexen Pflegeproblemen nicht in genügendem Ausmaß vorhanden sind. Auch für spezielle Zielgruppen, wie zu beatmende Patientinnen, junge Pflegebedürftige, behinderte alte Menschen und für Menschen mit Demenz seien trotz der schon bestehenden Angebote zu wenige differenzierte, zielgruppenadäquate Angebote vorhanden.

Zu den bestehenden Angeboten im Bereich der Pflegeheime gehören zwei Schwerpunktangebote für Menschen mit Wachkoma. Für eine darüber hinaus gehende Nachfrage gibt es kein Anzeichen z.B. in Form von Wartelisten. Für Menschen mit Demenz gibt es in der Stadt Bremen drei speziell diese Zielgruppe ansprechende Pflegeheime mit insgesamt ca. 220 Plätzen, dazu zwei eigenständige Häuser innerhalb größerer Heimkomplexe mit ca. 120 Plätzen, sowie eine spezialisierte Einrichtung in Bremerhaven mit 60 Plätzen. Darüber hinaus gibt es in vielen stationären Pflegeheimen spezialisierte Abteilungen bzw. Stationen für Menschen mit Demenz, in denen speziell geschultes Personal (z.B. Alltagsbegleiterinnen) eingesetzt sind. Offen ist die Frage, in wieweit der sicher steigende Bedarf an Versorgungsangeboten für älter und pflegebedürftig werdende Menschen mit Behinderungen gedeckt ist. Die Expertinnen vermissen trotz dieser Angebote eine ausreichende fachlich kompetente pflegerische Versorgung auf der Grundlage von pflegewissenschaftlich fundierten Konzepten.

Als Indiz für diese Einschätzung können die Befunde gewertet werden, dass in 50 % der Einrichtungen der stationären Altenpflege keine Pflegekraft mit gerontopsychiatrischer oder ähnlicher Zusatzqualifikation beschäftigt ist (Kap. 1) und dass die Einrichtungen eher selten spezifische Pflegekonzepte z. B. für die Versorgung von Menschen mit Demenz hervorheben, obwohl laut Schätzungen zwei Drittel der Altenheimbewohner mittlerweile demenzkrank sind (zit. nach Altenplan Bremen: 298). Mit dem Ziel, die Pflegequalität sicherzustellen, sehen die Expertinnen einen außerordentlich hohen Bedarf an pflegewissenschaftlicher Expertise in der Altenpflege. Insbesondere nehmen sie Bedarfe bei der Bewertung, Auswahl und Implementation von Pflegekonzepten für Bewohner mit komplexen Pflegeproblemen, bei der Überprüfung der Wirksamkeit von Pflegeinterventionen sowie bei der Ermittlung von Bewohnerbedürfnissen wahr.

Ambulante Pflege: Mehrfach werden von den ambulanten Pflegediensten als fachliche Schwerpunkte die Versorgung von Menschen mit Demenz bzw. von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen, Palliativpflege einschl. der Pflege von Menschen mit chronischen Schmerzen, Wundversorgung und Intensivpflege genannt. Alle anderen Schwerpunkte, wie Pflege von Menschen im Wachkoma oder von Menschen mit psychischen Erkrankungen, werden nur einzeln angegeben. 14 Einrichtungen haben „Wohnen mit Service“ im Angebot, neun versorgen ambulant betreute Wohngemeinschaften und 21 bieten häusliche Nachtpflege an. Von mehreren Pflegediensten wird als besonderes Profil das Angebot an Beratung und Schulung von Patientinnen und Angehörigen sowie die fast ausschließliche Beschäftigung von examiniertem Personal hervorgehoben.

Zunehmende und nicht gedeckte Bedarfe sehen die Expertinnen insbesondere in der Versorgung von Menschen mit Demenz, von Menschen mit depressiven Erkrankungen sowie in der Palliativpflege. Die bei diesen Zielgruppen bestehenden Bedarfe werden durch die von der Pflegeversicherung finanzierten Leistungen zu einem großen Teil nicht abgedeckt, dies gilt z. B. für die psychische Betreuung, aber auch für einige be-

handlungspflegerische Leistungen (z. B. im Zusammenhang mit der PEG-Ernährung). Die Expertinnen diskutieren des Weiteren über Bedarfe auf Seiten von Menschen mit Migrationshintergrund und stellen fest, dass derzeit von dieser Zielgruppe nur selten professionelle Pflege in Anspruch genommen wird, infolgedessen gibt es für sie auch kein breites Angebot. Zukünftig ist ein höherer Bedarf zu erwarten, da auch in dieser Zielgruppe der Anteil an alten Menschen wächst und sich familiäre Normen (z. B. Verpflichtung zur Angehörigenpflege) durch Migration mittel- und langfristig verändern. Aber auch schon jetzt besteht vermutlich bereits ein Bedarf, professionelle Pflegeleistungen werden aber aufgrund fehlender Kenntnisse und vorhandener Wertvorstellungen noch wenig genutzt. Ein weiterer Bedarf wird von den Expertinnen auf dem Gebiet der häuslichen Nachtpflege vermutet, auch wenn diese Leistung von den Kunden selten nachgefragt wird. Die von den Pflegediensten gemachten Angaben entsprechen nach Einschätzung der Expertinnen nicht dem realen Angebot. Den Expertinnen ist kein Pflegedienst bekannt, der tatsächlich Nachtpflege im Regelangebot hat. Wenn, dann wird Nachtpflege nur in einzelnen Ausnahmesituationen durchgeführt.

Krankenhäuser: Die Kliniken präsentieren sich recht unterschiedlich. In allen Krankenhäusern gibt es von Seiten der Pflege spezifische Angebote und Konzepte, wie z. B. eine Breast Nurse, Pflegeexpertinnen mit Kenntnissen in Naturheilverfahren, Palliativpflege, stillförderndes Krankenhaus, ein pflegerisches Case Management oder Bereichspflege. Andere Angaben sind eng mit den jeweiligen medizinischen Schwerpunkten verbunden, etwa wenn die Stroke Unit, die Erst- und Akutversorgung von Schwerverletzten, das Brustzentrum, das Wundzentrum, das Inkontinenzzentrum oder die thoraxchirurgische Intermediate-Care-Einheit genannt werden, in denen gleichwohl auch Pflegenden ihren spezifischen Beitrag zur Versorgung von Patientinnen leisten. Mehrere Krankenhäuser heben hervor, dass sie die Expertenstandards umgesetzt haben. Ein Krankenhaus hat ein Critical Incidents Reporting System (CIRS) für das Fehlermanagement eingeführt. In drei Häusern gibt es zusätzlich zur Akutversorgung ein Angebot für Kurzzeitpflege.

Auch wenn die Einrichtungen den Fragebogen zum Bremer Pflegebericht nicht unter dem Aspekt der Selbstdarstellung beantwortet haben, so fällt bei den Antworten der Kliniken zur offenen Frage nach fachlichen Schwerpunkten und Besonderheiten auf, dass die spezifisch pflegerische Schwerpunktsetzung bzw. das eigenständige pflegerische Profil bei den Angaben oftmals nicht genügend erkennbar ist. Eine solche Profilbildung, die den Anteil der Pflege an der Versorgung sowie am Erhalt und der Wiedererlangung der Selbstständigkeit der Patientinnen und Bewohner zu kennzeichnen und die Pflege als Leistungserbringerin neben anderen Berufsgruppen auszuweisen hätte, könnte der Pflege jedoch eine allgemeine Zielorientierung sowie Argumente für die Abgrenzung von den Ansprüchen anderer Berufsgruppen liefern.

Tagespflege: Bei den Tagespflegeeinrichtungen kann unterschieden werden zwischen Einrichtungen, die integrative und solche, die demenzspezifische Angebote machen. Fünf von 16 Einrichtungen haben sich auf Menschen mit Demenz spezialisiert, zwei auf psychisch kranke ältere Menschen. Die Expertinnen schätzen das Tagespflegeangebot in Bremen im Vergleich zu anderen Kommunen schon als sehr weit entwickelt ein.

Hospize: In Bremen gibt es für die Pflege von sterbenden Menschen eine Palliativstation mit acht Betten, ein stationäres Hospiz mit acht Plätzen und neun ambulante Hospizvereine. Schwerpunkte der ambulanten Hospizarbeit liegen in der psychosozialen Begleitung, dem spirituellen Beistand und der Verbesserung der Lebensqualität, insbesondere der Schmerzlinderung von sterbenden Patientinnen. Die Begleitung erfolgt dort, wo sich die Sterbende befindet, also sowohl zu Hause als auch stationär. In den ambulanten Hospizen wird die Hospizarbeit selbst ausschließlich von Ehrenamtlichen übernommen, Professionelle sind vor allem für die Koordination zuständig. Bei den drei Hospizen, die diese Frage beantwortet haben, engagieren sich 35 (davon 31 Frauen), 45 bzw. 65 Ehrenamtliche.

Einrichtungen der Behindertenhilfe: Die Versorgung in den Einrichtungen der Behindertenhilfe erfolgt in interdisziplinären Teams bestehend aus Erzieherinnen, Heilerziehungspflegerinnen,

Ergotherapeutinnen, Sozialpädagoginnen und Pflegenden. Die Berufsgruppe der Pflegenden spielt dabei eine nachgeordnete Rolle. In manchen Einrichtungen sind nur einzelne Pflegenden, in größeren Einrichtungen zwischen 10 und 15 und in einer Einrichtung 64 Pflegenden beschäftigt. Die Besonderheiten und fachlichen Schwerpunkte der stationären Behindertenhilfe liegen nicht im pflegerischen Bereich. Zwei Einrichtun-

gen thematisieren aber, dass die behinderten Menschen wie der Rest der Bevölkerung auch zunehmend älter und damit auch kränker werden und dass dadurch neue pflegerische Bedarfe entstehen (z. B. hinsichtlich der Betreuung von behinderten Menschen mit Demenz), die mit dem vorhandenen Personal nur bedingt abgedeckt werden können.

8. Herausforderungen

Alle Sektoren wurden mit der offenen Frage aufgefordert, aus ihrer Sicht die größten Herausforderungen zu beschreiben. Sektorenübergreifend geben alle Einrichtungen an, dass das größte Problem darin besteht, trotz sinkender finanzieller Ressourcen, eine professionelle, qualitativ hochwertige Pflege zu gewährleisten. Eng damit zusammen hängt in den Sektoren der stationären Altenpflege und der ambulanten Pflege die Sorge um Wirtschaftlichkeit und Konkurrenzfähigkeit. In diesen beiden Sektoren wird als weitere Herausforderung die Gewinnung von fach- und sozialkompetentem Personal hervorgehoben.

Angesichts der sich verknappenden Ressourcen diskutierten die Expertinnen im Rahmen der Expertinnenworkshops über die Möglichkeit zur Entlastung der Pflege durch Delegation von bisher durch Pflegenden wahrgenommene Tätigkeiten an andere Berufsgruppen. In der stationären Altenpflege ist nach Ansicht der Expertinnen eine weitere Delegation von pflegerischen Tätigkeiten an Pflegehilfskräfte deswegen nicht möglich, weil die direkte Pflege sowieso schon zu einem hohen Anteil durch Pflegehilfskräfte ausgeübt wird. Auch in der ambulanten Pflege gibt es den Expertinnen zufolge keine weiteren Möglichkeiten, pflegerische Tätigkeiten zu delegieren. Im Krankenhaussektor werden dagegen noch größere Potenziale gesehen. Berufsgruppen, die Aufgaben von den professionell Pflegenden übernehmen können, sind beispielsweise medizinische Fachangestellte, Stationssekretärinnen (beide administrative und organisatorische Aufgaben), pharmazeutisch-technische Assistentinnen (Arzneimittel richten) oder Servicehostessen (Aufnahme von Patientin-

nen). Einige, aber längst nicht alle Kliniken haben bereits Erfahrungen mit dem Einsatz entsprechender Mitarbeiterinnen gemacht. Die Expertinnen heben hervor, dass die Verantwortung für die an andere Berufsgruppen delegierten Tätigkeiten und die Koordination der verschiedenen an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen bei der Pflege liegen sollte, da diese in der Lage ist zu beurteilen, welche Qualifikationen für eine bestimmte Aufgabe und für die Pflege eines bestimmten zu Pflegenden erforderlich sind.

Im Sektor Krankenhaus sehen mehrere Einrichtungen in den derzeit diskutierten neuen Kooperationsformen zwischen pflegerischem und ärztlichem Personal eine Herausforderung. Eine Neuverteilung der Aufgaben in der Gesundheitsversorgung und insbesondere eine Kompetenzerweiterung und größere Eigenständigkeit der Pflege werden durch das Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR 2007) und durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) angeregt. Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sieht erstmals im Rahmen von Modellvorhaben eine Ausübung der Heilkunde durch Pflegefachkräfte mit entsprechender Zusatzqualifikation vor. Die Expertinnen im Workshop „Krankenhauspflege“ begrüßen diese Initiativen einhellig. Sie betonen nachdrücklich, dass auf Seiten der Pflegenden neben fachlichen auch personale, soziale und kommunikative Kompetenzen erforderlich sind, um mit Medizinern auf Augenhöhe kooperieren zu können. Welche bislang den Ärztinnen vorbehaltenen Aufgaben auf andere Gesundheitsfachberufe übertragen werden können und ob dies

durch Delegation oder Substitution geregelt wird, soll nach dem Wunsch des Gesetzgebers durch den Gemeinsamen Bundesausschuss entschieden werden. Diese Fragen werden gegenwärtig kontrovers und scharf diskutiert. Nach Ansicht der Expertinnen sind mögliche Aufgaben, die von Pflegenden sinnvoll übernommen werden können, das Wundmanagement, das Schmerzmanagement und die Urotherapie. Die Expertinnen schlagen damit Aufgaben vor, die weniger auf

Arztentlastung, sondern stärker auf eine pflegerische Schwerpunktsetzung verweisen.

In der Tagespflege wurden die zunehmende Pflegebedürftigkeit der Gäste sowie die Notwendigkeit von Öffentlichkeitsarbeit als Herausforderung genannt. In allen Sektoren seltener angegangen wurde die Implementation von neuen Versorgungs- oder Pflegekonzepten bzw. der Aufbau neuer Angebote für bestimmte Zielgruppen.

9. Das Angebot an Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege

Gegenwärtig werden in der Bundesrepublik in zahlreichen Modellversuchen grundlegende Strukturreformen der Pflegeausbildung erprobt. Diese Strukturreformen beziehen sich etwa auf die Zusammenfassung der derzeit nach Altersgruppen getrennten Bildungsgänge der Grundausbildung zu einer integrativen oder generalistischen Pflegeausbildung sowie auf die Akademisierung zumindest eines Teils der Pflegeerausbildung. Reformbedarf besteht insbesondere aufgrund der durch die demografische Entwicklung erweiterten Aufgaben im Bereich von Prä-

vention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation sowie durch die Notwendigkeit, das pflegerische Handeln stärker pflegewissenschaftlich zu fundieren. Die derzeitige Angebotsstruktur wird den aus diesen Entwicklungen resultierenden Anforderungen nur zum Teil gerecht. In diesem Kapitel werden die Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegende im Land Bremen sowie die hochschulischen Bildungsangebote dargestellt. Ob die bestehenden Angebote ausreichen, ist sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht zu prüfen.

9.1 Ausbildung

In der Pflege werden drei Pflegeberufe nach Altersgruppen unterschieden, nämlich die Gesundheits- und Krankenpflege, die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und die Altenpflege. Die Berufsausbildung in diesen drei Berufen erfolgt durch eine dreijährige berufliche Grundausbildung. Gesetzlich sind diese Ausbildungen im Unterschied etwa zu den Berufen im dualen System durch Berufsgesetze geregelt (Krankenpflegegesetz 2004 und Altenpflegegesetz 2003). Neben den dreijährigen Berufsausbildungen gibt

es grundsätzlich einjährige (oder bei doppelt qualifizierenden Bildungsgängen zweijährige) Ausbildungen zur Krankenpflegehilfe und Altenpflegehilfe, im Land Bremen wird allerdings nur die Altenpflegehilfe angeboten.

Die Ausbildungskapazitäten im Land Bremen belaufen sich für die Berufe der Gesundheits- und Kranken- und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege auf insgesamt 837 Ausbildungsplätze an fünf Standorten (Abb. 7).

<i>Schulen für Kranken- und Kinderkrankenpflege im Land Bremen</i>	<i>Ausbildungsplätze</i>
Integratives Bildungszentrum IBZ, Ausbildungsstätte für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und für Gesundheits- und Krankenpflege am Klinikum Bremen-Mitte gGmbH	240
Krankenpflegeschule am Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide	120
Integratives Bildungszentrum, Ausbildungszentrum für Gesundheits- und Pflegeberufe des Klinikums Bremen Nord und des Klinikums Bremen Ost	210
Krankenpflegeschule am St. Joseph-Hospital	60
Bremer Krankenpflegeschule der freigemeinnützigen Krankenhäuser e.V.	207
Summe Bremen	657
Summe Bremerhaven	180
Summe ‚kommunale Trägerschaft‘	570
Summe ‚freigemeinnützige Trägerschaft‘	267
S u m m e g e s a m t	8 3 7

Abb. 7: Ausbildungsstandorte Bremen

In der Altenpflege wird der derzeitige Ausbildungsbedarf im Land Bremen auf 100 Plätze pro Jahr festgelegt, wobei sich diese auf fünf Bil-

dungseinrichtungen verteilen und nach Erstauszubildenden und Umschülern unterschieden wird (Abb. 8)

	Erstauszubildende						Umschüler					
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Bremer Heimstiftung	12	16	16	16	18	16	30	26	28	20	22	16
Wirtschafts- und Sozialakademie der Angestelltenkammer	14	8	8	9	8	8	30	13	15	11	8	8
Institut für Berufs- und Sozialpädagogik	5	10	8	9	8	9	17	13	16	16	12	8
Friedehorst	7	8	10	13	8	9	17	13	15	2	6	8
Betreuungs- und Pflegedienstleistungsgesellschaft Bremerhaven	8	8	8	8	8	8	15	16	16	16	16	16
Gesamt	46	50	50	55	50	50	109	81	90	65	64	56

Abb. 8: Ausbildungsplätze Altenpflege im Land Bremen, Altenplan Bremen, 2007

Aus den im Rahmen des Pflegeberichts erhobenen Daten gehen die zurzeit tatsächlich besetzten Plätze hervor und können mit den vorhandenen Kapazitäten in Beziehung gesetzt werden. Da der Rücklauf bei den Schulen 100 % betrug, handelt es sich bei den Daten um eine Vollerhebung. Für den Bereich der Gesundheits- und Kranken- bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sind von den 837 Ausbildungsplätzen zum Zeitpunkt der Erhebung 705 Ausbildungsplätze besetzt. In der Altenpflege befinden sich zum Zeitpunkt der Erhebung über alle Ausbildungsjahre hinweg 293 Personen in der Ausbildung.

Von den oben genannten Bildungseinrichtungen in der Altenpflege haben drei auch die Altenpflegehilfe mit zum Zeitpunkt der Erhebung 65 Auszubildenden im Programm. Zudem wird am Schulzentrum Walle eine zweijährige, doppelt qualifizierende Vollzeitausbildung, in der sowohl ein Abschluss in der Altenpflegehilfe als auch ein Realschulabschluss bzw. ein erweiterter Hauptschulabschluss erworben werden können, ange-

boten. In diesem Bildungsangebot befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung 38 Personen in zwei Jahrgängen.

Auf der Grundlage der eigenen Daten lässt sich für den Krankenhausbereich feststellen, dass von den verfügbaren Ausbildungsplätzen über 100 nicht besetzt sind¹⁰. In der Altenpflege sind dagegen alle Plätze vergeben. Die Diskrepanzen im Krankenhausbereich könnten zum Teil mit Aus-

¹⁰ Mindestens seit dem Jahr 2000 ist die Zahl der Ausbildungsplätze in der Kranken- und Kinderkrankenpflege im Land Bremen unverändert hoch, während auf Bundesebene teilweise von Ausbildungsplatzstreichungen berichtet wurde. In früheren Jahren blieben aus verschiedenen Gründen teilweise Plätze unbesetzt. Durch intensive Bewerbungsverfahren, veränderte Einstellungstermine und eine aufmerksame Bewerberinnenbetreuung haben Krankenhäuser und Schulen inzwischen erreicht, dass in der Regel alle vorhandenen Ausbildungsplätze besetzt werden. Ausbildungsabbrüche in unterschiedlichen Zusammenhängen (Umzug, Krankheit, andere Berufsorientierung, mangelnde Leistungen) führen zu einem Freiwerden von Ausbildungsplätzen in den laufenden Jahrgängen, die so nicht wieder besetzt werden können. Insgesamt hat sich die Auslastung der genehmigten Ausbildungsplätze nach Feststellung des Fachreferats bei der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales in den letzten Jahren auf hohem Niveau stabilisiert und verbessert.

bildungsabbrüchen oder mit einem Mangel an geeigneten Bewerbern erklärt werden. Für die These, dass es nicht genügend qualifizierte Bewerberinnen gibt, sprechen die Ergebnisse der Pflegeausbildungsstudie (PABIS), wonach die Bewerberinnenzahl zwar in den letzten Jahren gestiegen ist, deren Eignung für den Beruf aber von den Ausbildungsinstituten als rückläufig eingeschätzt wird (Weidner/Karl 2006). Eine ähnliche Einschätzung wird in der Mitteilung des Senats vom 2.12.2008 zur „Situation der Krankenpflege im Land Bremen“ gegeben (Bremische Bürgerschaft, Drucksache 17/639 2008). Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels, der damit einhergehenden Erhöhung des Durchschnittsalters auch der Pflegenden und den aus den Einrichtungen berichteten Schwierigkeiten, für offene Stellen Fachkräften zu finden, ist die Vorhaltung und Besetzung der Ausbildungsstellen unbedingt zu empfehlen.

In allen Ausbildungseinrichtungen zusammen sind insgesamt 86 Lehrpersonen fest angestellt, wobei 50 eine Vollzeitstellung haben. Darüber hinaus sind 179 Lehrkräfte auf Honorarbasis tätig. Hinsichtlich der Qualifikationsstrukturen hat der überwiegende Teil der Lehrerinnen (49,3 %) eine (zweijährige) pädagogische Weiterbildung absolviert. 25,3 % der Lehrerinnen haben ein Lehramtsstudium für Berufliche Schulen abgeschlossen, wobei 32 % von ihnen auch das 2. Staatsexamen vorweisen können. 9,3 % verfügen über einen Abschluss der Pflegepädagogik auf Fachhochschulebene, 12 % über ein anderes Studium und weitere 4 % über eine andere Qualifikation. Die Schulen ergreifen vielfältige Maßnahmen der Qualitätssicherung, wie die Teilnah-

9.2 Fortbildung

Die meisten der befragten Einrichtungen und Dienste machen für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen ein innerbetriebliches Fortbildungsangebot. Sektorenübergreifend werden besonders häufig Themen, wie Hygiene bzw. Umgang mit multiresistenten Keimen, Pflegedokumentation, Wundmanagement oder Umgang mit Medikamenten, genannt. Etwas seltener gibt es Fortbildungsangebote zu Themen, wie De-

me an externen Fort- und Weiterbildungen, interne Seminartage, Besuch von Fachtagungen, Kongressen und Messen, interne Arbeitskreise und Qualitätsmanagement (Aufzählung folgt der Häufigkeit der Nennungen). Einzelne Schulen verweisen darauf, dass sie sich von der Universität wissenschaftlich beraten lassen bzw. mit den Bremer Hochschulen kooperieren oder Schülerbefragungen durchführen. Fünf Schulen geben an, ihr Curriculum in den letzten Jahren in Richtung Fächerintegration und Lernfeldorientierung verändert zu haben. Vier Schulen haben problemorientiertes bzw. selbstorganisiertes Lernen eingeführt, jeweils drei haben eine Schulstation oder setzen Fallarbeit ein.

Den Berufsgesetzen von 2003 und 2004 zufolge müssen die Lehrer in der Gesundheits- und Kranken- bzw. Kinderkrankenpflege über einen akademischen Abschluss verfügen, in der Altenpflege gilt dies nur für die Schulleitungen. Für die an den Schulen tätigen weitergebildeten Lehrerinnen gibt es einen Bestandsschutz. Bundesweit waren im Jahr 2006 20 % der hauptamtlich Lehrenden im Bereich der Gesundheits-, und Kranken- bzw. Kinderkrankenpflegeausbildung hochschulisch qualifiziert (Blum et al. 2006a: 9), in der Altenpflegeausbildung lag diese Quote 2006 bei ca. 25 % (Görres/Panter/Mitnacht 2006). Die Bremer Zahlen entsprechen damit weitgehend der Gesamtentwicklung in der Bundesrepublik. Vor dem Hintergrund des vergleichsweise hohen Durchschnittsalters der Lehrenden (s. Kapitel 2) und des deswegen in den nächsten Jahren stattfindenden Generationenwechsels ist zu erwarten, dass der Anteil an akademisch ausgebildetem Lehrpersonal relativ schnell steigen wird.

menz, Ernährung oder Erkrankungen, wie Diabetes mellitus. Neben der innerbetrieblichen Fortbildung existieren weitere Angebote von Seiten der Anbieter von pflegebezogenen Fort- und Weiterbildungen, an denen auch externe Pflegekräfte teilnehmen können. Diese Bildungseinrichtungen haben im Jahr 2007 8.323 Pflegekräfte fortgebildet.

Die Ergebnisse belegen, dass sich die Einrichtungen aller Sektoren darum bemühen, mit Fortbildungsangeboten die Kompetenzen der in der Pflege tätigen Personen zu erhalten. Die angebotenen Themen legen aber den Schluss nahe, dass dabei vor allem eher verrichtungs- und krankheitsbezogene Inhalte aufgegriffen werden.

Ob aktuelle pflegewissenschaftliche Erkenntnisse einbezogen werden, lässt sich nicht feststellen. Diese Ergebnisse verweisen auf die Qualität und die Inhalte der Fortbildungsangebote und machen deutlich, dass allein eine Festlegung des Fortbildungsumfangs, wie in der Berufsordnung geschehen, nicht ausreichend ist (s. Kapitel 1.2).

9.3 Weiterbildung

Weiterbildungen der Pflege, die über das Bremische Weiterbildungsgesetz von 2007 geregelt sind und mindestens 720 Theoriestunden umfas-

sen (s. Kapitel 1.3), werden im Land Bremen an folgenden Institutionen durchgeführt:

Institutionen	Fachweiterbildung
Klinikum Bremen-Mitte – IBF	Operationsdienst
Klinikum Bremen-Mitte – IBF	Onkologie
Klinikum Bremen-Mitte – IBF	Leitungsaufgaben in der Pflege
Klinikum Links der Weser	Intensivpflege und Anästhesie
Klinikum Bremen-Ost	Psychiatrie
Ibs Bremen - Institut für Berufs- und Sozialpädagogik e.V.	Leitungsaufgaben in der Pflege
WISOAK Bremerhaven - Wirtschafts- und Sozialakademie der Angestelltenkammer Bremen	Leitungsaufgaben in der Pflege

Abb. 9: Weiterbildungsangebote über 720 Stunden

Insgesamt haben an den fünf Weiterbildungseinrichtungen im Jahr 2007 179 Weiterbildungsteilnehmerinnen in einem der Module der Fachweiterbildung Unterricht erhalten, d. h. es gab zu jeder Fachweiterbildung mindestens einen Kurs.

Weiterbildungen, mit einem Stundenumfang von mehr als 200 Stunden, die nicht nach der Weiterbildungs- und Prüfungsordnung des Landes Bremen geregelt sind, wurden ebenfalls zahlreich angeboten (Abb. 10). Insgesamt haben daran 605 Personen teilgenommen.

	Stundenanzahl
Intermediate Care	266
Stations-/Bereichsleitung	472
Altenheimleitung	528
Verantwortliche Pflegefachkraft	480 / 720
Palliative Geriatrie	200
Praxisanleitung	200
Case Management	210
Gerontopsychiatrie	Grundkurs 200 / Aufbaukurs 360
Ambulante psychiatrische Pflege	200
Weiterbildung Rehabilitation für Pflegenden	262
Heimleitung	200

Abb. 10: Weiterbildung über 200 Stunden

9.4 Hochschulische Bildungsangebote

Im Land Bremen gibt es zwei Hochschulen mit Studienangeboten im Bereich der Pflege.

Die Universität Bremen bietet folgende Studiengänge an:

- Bachelor of Arts Pflegewissenschaft mit den Schwerpunkten Klinische Expertise,

Familien- und Gesundheitspflege und Lehre mit 108 Studierenden zum Zeitpunkt der Erhebung

- Diplomberufspädagogik Pflegewissenschaft (auslaufend) mit 101 Studierenden zum Zeitpunkt der Erhebung

- Masterstudiengänge MA Berufspädagogik Pflegewissenschaft und MA Public Health/Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt Pflegewissenschaft Ab Wintersemester 2008/2009 mit 30 bzw. 20 Plätzen
- Weiterbildendes Studium Palliative Care mit 20-30 Plätzen pro Durchgang

Die Hochschule Bremen bietet folgende Studiengänge an:

- Bachelor of Arts Internationaler Studiengang für Pflege- und Gesundheitsmanagement mit 27 Studierenden zum Zeitpunkt der Erhebung
- Master of Arts Internationaler Studiengang Health and Social Care Management mit fünf Studierenden zum Zeitpunkt der Erhebung

An der Universität Bremen und an der Hochschule Bremen sind jeweils drei Professorinnen in den pflegebezogenen Studiengängen hauptamtlich tätig. Die Universität Bremen beschäftigt darüber hinaus sechs wissenschaftliche Mitarbeiterinnen in diesen Studiengängen.

Im Land Bremen besteht damit für Pflegende auch im Hochschulbereich ein breites Bildungsangebot. Neben den Studienangeboten im Bereich Pflegemanagement (Hochschule Bremen) und Lehramt Pflege (Universität Bremen) existiert an der Universität Bremen auch ein Studiengang Klinische Pflegeexpertise bzw. Familien- und Gesundheitspflege, der für die wissenschaftlich fundierte direkte (patientennahe) Pflege qualifizieren soll. Ein berufsqualifizierender akademischer Bachelorabschluss gleicht das Qualifikationsprofil stärker dem des europäischen und a-

merikanisch-kanadischen Auslands an und befähigt die Pflegenden zu einer pflegewissenschaftlich begründeten Pflege. Allerdings setzt der Bremer Studiengang bereits auf eine dreijährige Berufsfachschulausbildung auf und kann damit nicht als Regelmodell für die Pflegeausbildung gelten. In der Bundesrepublik gibt es im Rahmen der Modellklausel im Krankenpflegegesetz eine Reihe von Modellversuchen, in denen primärqualifizierende Studiengänge erfolgreich erprobt werden. Ein solcher Studiengang fehlt bislang noch im Land Bremen. Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG 2008) gibt für die Entwicklung entsprechender Studiengänge bedeutsame Impulse, da jetzt auch die Hochschulen die Gesamtverantwortung für die Ausbildung übernehmen können. Ebenfalls fehlt in Bremen ein Masterstudiengang, der auf das Handlungsfeld der direkten Pflege vorbereitet.

Der Diplomstudiengang Berufspädagogik Pflegewissenschaft, mit dem an der Universität Bremen seit 1995 erfolgreich Lehrerinnen für die berufliche Fachrichtung Pflege analog zum Lehramt an beruflichen Schulen ausgebildet werden, ist im Zuge der Umstrukturierung der Studiengänge an der Universität Bremen in ein integratives Bachelor-Master-Studium der Pflegewissenschaft, eines allgemeinbildenden Unterrichtsfachs und der Bildungswissenschaften überführt worden. Obwohl auch dieser Studiengang den KMK-Vorgaben entspricht, wird den Absolventinnen aber kein Master of Education verliehen, wie sonst bei Lehramtsstudiengängen in der Bundesrepublik üblich, sondern ein Master of Arts. Der Zugang zum Referendariat ist für diese Absolventinnen damit deutlich erschwert.

10. Pflegewissenschaftliche Forschungseinrichtungen

An der Hochschule Bremen und der Universität Bremen gibt es äußerst aktive pflegewissenschaftliche Forschungsinstitute.

An der Hochschule Bremen existieren drei Forschungsinstitute, nämlich das Zentrum für Pflegeforschung und Beratung (ZePB), das Institut für

Gesundheits- und Pflegeökonomie (IGP) und das Institut für Qualität und Case Management.

- Zentrale Zielsetzung des Zentrum für Pflegeforschung und Beratung (ZePB) ist die Unterstützung von Praxiseinrichtungen im Pflege- und Gesundheitswesen durch anwendungsorientierte Forschung und Bera-

tung. Im Kontext von Europäisierung und Internationalisierung der Dienstleistung Pflege sind weiter internationale Forschungs- und Entwicklungsvorhaben von grundlegender Bedeutung für die Arbeit des Zentrums. Die Mitarbeiterinnen sehen sich darüber hinaus der Unterstützung und Weiterentwicklung der Berufsfelder "Pflege" und "Pflegermanagement", der Förderung interdisziplinärer Beziehungen sowie einer humanen und effektiven Gesundheitsversorgung verpflichtet und vertreten dies in einer entsprechenden Öffentlichkeitsarbeit. Derzeit wird eine umfangreiche Erhebung zu Pflegefehlern und zum Fehlermanagement in stationären Einrichtungen der Pflege durchgeführt.

- Das Institut für Gesundheits- und Pflegeökonomie (IGP) untersucht Möglichkeiten, die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung in der Sozial-, Pflege- und Gesundheitswirtschaft nachhaltig zu verbessern. Mit wissenschaftlichen Methoden werden Fragen der Ökonomie und des Managements auf der Ebene von Versorgungssystemen, auf der Ebene einzelner Akteure sowie auf der Ebene von Technologien und Versorgungsformen entwickelt, analysiert und evaluiert. Auf der Ebene des Managements und der Organisation von Leistungen ist es beratend tätig.
- Das Institut für Qualität und Case Management beschäftigt sich mit Fragen der Qualitätssicherung und insbesondere mit der Entwicklung, Erprobung und Evaluation von Case Management - Konzepten. Weitere Forschungsthemen bestehen z. B. in der Gesundheitsförderung älterer Mitarbeiterinnen in der stationären Altenpflege und in der Verbesserung der Mobilität und Sicherheit dementiell erkrankter Menschen in der stationären Altenpflege.

An der Universität Bremen ist die Pflegeforschung am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) in den Abteilungen 3 „Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung (iap)“ und 4

„Qualifikations- und Curriculumforschung“ angesiedelt.

Zum Leitbild der Abteilung 3 "Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung" gehören die Umsetzung von Forschungsprojekten und Beratungskonzepten in enger Kooperation mit potenziellen Auftraggeberinnen. Angestrebt werden praxisnahe Lösungen und Umsetzungsstrategien mit einem hohen Innovationsgrad. Die Stärken liegen vor allem in den Forschungsbereichen Ausbildung und personenbezogene Dienstleistungen in der Pflege, regionale Bedarfsanalysen, Entwicklung von Pflegeklassifikationssystemen und deren EDV-technische Umsetzung, Pflege- und Qualitätsmanagement sowie Alters- und Rehabilitationsforschung (Health Gerontology). Die Abteilung arbeitet seit Jahren erfolgreich mit unterschiedlichen Partnern zusammen (Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung, Verbände, Krankenkassen, Bundes- und Landesministerien, Stiftungen wie z.B. die Robert Bosch Stiftung) und hat insbesondere im Bereich Ausbildungsforschung bundesweite Erhebungen durchgeführt.

Die Projekte der Abteilung 4 „Qualifikations- und Curriculumforschung“ fokussieren sowohl die Identifikation von beruflichen Qualifikationsanforderungen als auch die Untersuchung von Wirkungen und Wirkhintergründen von Curricula und insbesondere von curricularen Reformen in Gesundheitsfachberufen. Ein Schwerpunkt der Abteilung besteht in der Beratung und Begleitung von Schulen bei der Entwicklung von innovativen Curricula, auf deren Grundlage Professionalisierungsprozesse der Pflegenden nachhaltig gefördert werden können. Mit diesem Ziel wurde in der Abteilung ein eigenes pflegedidaktisches Modell entwickelt.

Die Forschungsinstitute entfalten vielfältige Transferaktivitäten, wie beispielsweise die Beratung von Pflegeschulen bei der Umsetzung von curricularen Innovationen, die Zertifizierung von ambulanten Pflegeeinrichtungen, Beratung von Pflegeeinrichtungen zu forschungstechnischen Fragen (z. B. Evaluation), Beratung und Qualitätsentwicklung in der stationären Altenhilfe mit Schwerpunkt Demenz, Kooperation mit einer Softwarefirma mit dem Ziel der Entwicklung einer

Software für die Pflegedokumentation, Entwicklung, Erprobung und Evaluation von Case Management-Konzepten und ambulanten Versorgungsnetzwerken, Organisation von Tagungen und Kongressen (z. B. Bremer Pflege- und Wundkongress) u.v.m.. Dass die Zusammenar-

beit für die Weiterentwicklung der Pflegepraxis in höchstem Maße fruchtbar ist, belegen etwa die in diesem Bericht angeführten best-practice-Beispiele, die allesamt pflegewissenschaftliche Unterstützung erhalten haben.

Zusammenfassung

1. Qualifikationsstruktur

Hinsichtlich der Grundausbildung verfügen im Sektor Krankenhaus 97 % der Pflegenden über eine dreijährige Berufsausbildung, in der stationären Altenpflege 66 % und in der ambulanten Pflege 60 %. Insbesondere in der ambulanten Pflege und der stationären Altenpflege gibt es damit einen erheblichen Anteil an (i.d.R. einjährig ausgebildeten) Pflegehelferinnen und Un- und Angelernten.¹¹ Zwar liegt Bremen mit diesen Zahlen etwa im bundesdeutschen Trend, dennoch werfen die Befunde die Frage auf, wie die Qualität der direkten Pflege in diesen Sektoren gesichert werden kann.

Sektorenübergreifend absolvieren über 50 % der Mitarbeiterinnen in der Pflege jährlich mindestens zehn Stunden an kompetenzerhaltender Fortbildung¹². Bei knapp der Hälfte der Einrichtungen ist dies jedoch nicht der Fall. Derzeit fehlen wirksame Anreizsysteme und nicht alle Einrichtungen betreiben eine systematische Personalentwicklung. Weitergebildetes Personal (Stundenumfang > 200 Stunden) findet sich vor allem im Sektor Krankenhaus, in den anderen Sektoren ist weitergebildetes Personal in weitaus geringerem Umfang beschäftigt. Ein Großteil der angegebenen Weiterbildungen bezieht sich zudem auf Leitungsqualifikationen, so dass sich der Anteil der weitergebildeten Pflegekräfte in der direkten Pflege noch reduziert. Selbst bei fachlichen Schwerpunkten liegen nicht immer entsprechende Weiterbildungen vor, beispielsweise sind nur in 50 % der Einrichtungen der stationären Alten-

pflege Pflegekräfte mit gerontopsychiatrischer oder ähnlicher Zusatzqualifikation tätig.

Die akademischen Abschlüsse der in der Pflege tätigen Personen liegen vor allem im Managementbereich. Über ein Studium der Pflegewissenschaft verfügen über alle Sektoren hinweg nur wenig Pflegenden. Selbst wenn davon ausgegangen wird, dass diese Pflegenden ausschließlich in der direkten Pflege tätig sind, ist damit pflegewissenschaftliche Kompetenz in der Pflegepraxis die Ausnahme. Dies ist deswegen besonders kritisch zu bewerten, weil der Transfer des in den letzten Jahren entstandenen pflegewissenschaftlichen Wissenskorporus in die Pflegepraxis nur gelingt, wenn auch in der Praxis wissenschaftliche Kompetenz und Kenntnisse vorhanden sind.

2. Altersstruktur und Betriebszugehörigkeit

Der demografische Wandel erreicht auch das Pflegepersonal im Land Bremen und führt dazu, dass über alle Sektoren hinweg schon jetzt ein erheblicher Anteil der Mitarbeiterinnen über 40 Jahre alt ist. Angesichts des in den nächsten Jahren steigenden Pflegebedarfs resultiert daraus eine hohe Herausforderung für die Gewährleistung einer professionellen Pflege. Schon jetzt gibt es in einigen Sektoren erhebliche Probleme, geeignetes Personal zu gewinnen, dieser Personalmangel wird sich in den nächsten Jahren noch deutlich zuspitzen. Bei den Pflegelehrerinnen ist die Altersverteilung noch eindeutiger. Mehr als 85 % aller fest angestellten Lehrerinnen sind über 40 Jahre alt.

Im Sektor Krankenhaus sind über 60 % der Pflegenden schon über zehn Jahre bei einer Einrich-

¹¹ Diese Ergebnisse beziehen sich nur auf die Vollzeitbeschäftigten.

¹² Dieses Ergebnis stellt nach Beobachtung des Fachreferates bei der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales eine massive Verbesserung gegenüber der Zeit vor dem Inkrafttreten der Berufsordnung dar, entspricht je-

doch nicht dem angestrebten Ziel einer vollständigen Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgabe.

tung beschäftigt, in den Sektoren der stationären Altenpflege und der ambulanten Pflege sind immerhin mehr als 50 % der Mitarbeiterinnen über fünf Jahre in derselben Einrichtung tätig. Diese Zahlen belegen, dass auch in der Pflege durchaus längerfristige Beschäftigungsverhältnisse existieren. Zwar können die geringeren Betriebszugehörigkeiten etwa in der ambulanten Pflege auch damit zusammenhängen, dass sich dieser Sektor erst seit 1995 in der jetzigen Form konstituiert hat, grundsätzlich stellen aber lange Beschäftigungszeiträume einen Verweis auf gute Lohn- und Arbeitsbedingungen dar.

3. Vergütung und Interessenvertretung

Eine angemessene Vergütung sowie die Gewährleistung arbeitsrechtlicher Mindeststandards sind wichtige Voraussetzungen für die Gewinnung von hochqualifizierten Fachkräften. Während im Sektor Krankenhaus alle Einrichtungen nach Tarifvertrag vergüten und acht von neun einen Betriebsrat und sechs eine Schwerbehindertenvertretung haben, orientieren sich nur 18 von 50 Einrichtungen der ambulanten Pflege und 38 von 64 Einrichtungen der stationären Altenpflege an einem Tarifvertrag. Betriebsräte und Schwerbehindertenvertretungen kommen noch seltener vor. Diese Ergebnisse zeigen, dass stationäre Einrichtungen stärker in Tarifverträge eingebunden sind und auch die Interessenvertretung der Mitarbeiter etablierter ist. Auch wenn die Höhe des Gehalts nicht zwingend an einen Tarifvertrag gebunden ist, so ist dennoch zu befürchten, dass der Mangel an Tarifstrukturen eher darauf hindeutet, dass in diesen Sektoren nur tarifliche und arbeitsrechtliche Mindeststandards gelten und die Gefahr besteht, dass diese sogar unterschritten werden können.

4. Herkunft des Pflegepersonals

Der Anteil vom Migrantinnen am Pflegepersonal in der ambulanten Pflege und der stationären Altenpflege entspricht etwa dem Bevölkerungsanteil in der Bundesrepublik (19 %) und variiert zwischen den verschiedenen Pflegeeinrichtungen erheblich (z. B. zwischen 5 und 80 % in der ambulanten Pflege). An erster Stelle liegen die Migrantinnen aus Polen, es folgen Migrantinnen

aus der ehemaligen Sowjetunion und aus der Türkei.

5. Qualitätssicherungssysteme und Expertenstandards

Qualitätssicherung dient der Sicherstellung einer optimalen pflegerischen Versorgung. In allen Sektoren zeigen die Einrichtungen ein hohes Bewusstsein für das interne Qualitätsmanagement. Viele Einrichtungen nutzen dazu externe Qualitätssicherungssysteme. In der Tagespflege greifen 50 %, in den Krankenhäusern 56 %, in der ambulanten Pflege 60 % und in der stationären Altenpflege 73 % der Einrichtungen auf ein solches System zurück, wobei die eingesetzten Systeme vielfältig sind. Die nationalen Expertenstandards finden in allen Sektoren - wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung - Anwendung. Der Umsetzungsgrad in den drei großen Sektoren liegt zwischen 80 und 90 % (Expertenstandard Dekubitusprophylaxe) sowie 40 und 55 % (Expertenstandard Entlassungsmanagement). In den Krankenhäusern greifen Pflegende am häufigsten auf die nationalen Expertenstandards zurück (mit Ausnahme des Expertenstandards Schmerzmanagement), gefolgt von der stationären Altenpflege, der ambulanten Pflege und den Tagespflegeeinrichtungen. In der stationären Behindertenhilfe wird deutlich weniger auf Basis der Expertenstandards gepflegt. Darüber hinaus gibt es in allen Sektoren zahlreiche weitere hauseigene Standards. Der festgestellte Implementationsgrad der Expertenstandards belegt das hohe Bewusstsein der Einrichtungen von der Notwendigkeit, Pflegequalität zu sichern und das pflegerische Handeln auf aktueller Evidenz zu gründen.

6. Institutionalisierte Kooperationen und Schnittstellenmanagement

Das Schnittstellenmanagement zielt auf die möglichst reibungslose Organisation und Koordination von Versorgungsleistungen zwischen den Sektoren (externes Schnittstellenmanagement) bzw. unterschiedlichen Abteilungen und Berufsgruppen innerhalb eines Sektors (internes Schnittstellenmanagement). Die Schnittstellenproblematik in der Gesundheitsversorgung ist in den letzten Jahren politisch nicht zuletzt aufgrund

der damit verbundenen Einsparpotenziale immer wieder in den Mittelpunkt gerückt worden. Vor allem zwei Wege werden diskutiert, um dieser Problematik zu begegnen. Während der eine eher auf der Systemebene ansetzt und auf Versorgungsstrukturen abhebt (Care Management), geht es bei dem zweiten Ansatz stärker darum, für den Einzelfall das bestmögliche Behandlungs- bzw. Versorgungsarrangement zu finden, wobei auch hier sektorenübergreifend geplant wird (Case Management). Ein (externes) Schnittstellenmanagement ist in Bremen vor allem im Sektor Krankenhaus zu finden, alle Krankenhäuser geben an, ein Schnittstellenmanagement durchzuführen. In der stationären Altenpflege und der ambulanten Pflege haben mit 45 % bzw. 41 % jeweils deutlich unter 50 % der Einrichtungen ein Schnittstellenmanagement etabliert. Zwar gibt es in Bremen hervorragende Beispiele für ein von Pflegenden durchgeführtes Case Management, ein solches systematisches und interprofessionelles Case Management wurde in den meisten Institutionen aber erst ansatzweise bzw. in wenigen Institutionen etabliert. Vielmehr lassen die Daten darauf schließen, dass das praktizierte Schnittstellenmanagement nur monoprofessionell und wenig systematisch erfolgt. In den meisten Bremer Kliniken liegt das Schnittstellenmanagement in der Verantwortung des Sozialdienstes. Pflegenden haben damit im Sektor Krankenhaus diesen Aufgabenbereich noch nicht genügend besetzt und könnten sich hier stärker profilieren. Letztlich reichen auch die implementierten Schnittstellenkonzepte in Bremen nur bedingt über die sektoralen Grenzen hinaus, da integrierte Versorgungsstrukturen, an denen stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen sowie weitere Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen beteiligt sind, derzeit in Bremen nicht existieren.

7. Angebot und Bedarf an pflegerischen Dienstleistungen

In der stationären Altenpflege kommen die Expertinnen zu der Einschätzung, dass trotz einiger vorhandener Angebote insbesondere fachlich fundierte Angebote für schwerstpflegebedürftige Menschen bzw. Menschen mit komplexen Pflegeproblemen nicht in genügendem Ausmaß vorhanden sind. Auch für spezielle Zielgruppen, wie

zu beatmende Patientinnen, junge Pflegebedürftige, behinderte alte Menschen und für Menschen mit Demenz seien trotz der schon bestehenden Angebote zu wenige differenzierte, zielgruppenadäquate Angebote vorhanden.

Offen ist die Frage, in wieweit der sicher steigende Bedarf an Versorgungsangeboten für älter und pflegebedürftig werdende Menschen mit Behinderungen gedeckt ist. Die Expertinnen vermissen trotz dieser Angebote eine ausreichende fachlich kompetente pflegerische Versorgung auf der Grundlage von pflegewissenschaftlich fundierten Konzepten.

In der ambulanten Pflege sehen die Expertinnen zunehmende und nicht gedeckte Bedarfe insbesondere in der Versorgung von Menschen mit Demenz, von Menschen mit depressiven Erkrankungen sowie in der Palliativpflege. Die bei diesen Zielgruppen bestehenden Bedarfe werden durch die von der Pflegeversicherung finanzierten Leistungen zu einem großen Teil nicht abgedeckt, dies gilt z. B. für die psychische Betreuung, aber auch für einige behandlungspflegerische Leistungen (z. B. im Zusammenhang mit der PEG-Ernährung).

Das Tagespflegeangebot in Bremen schätzen die Expertinnen im Vergleich zu anderen Kommunen schon als sehr weit entwickelt ein.

In der stationären Behindertenhilfe thematisieren zwei Einrichtungen, dass die behinderten Menschen wie der Rest der Bevölkerung auch zunehmend älter und damit auch kränker werden und dass dadurch neue pflegerische Bedarfe entstehen (z. B. hinsichtlich der Betreuung von Menschen mit Demenz), die mit dem vorhandenen Personal nur bedingt abgedeckt werden können.

8. Herausforderungen

Sektorenübergreifend geben alle Einrichtungen an, dass das größte Problem darin besteht, trotz sinkender finanzieller Ressourcen, eine professionelle, qualitativ hochwertige Pflege zu gewährleisten. Eng damit zusammen hängt in den Sektoren der stationären Altenpflege und der ambulanten Pflege die Sorge um Wirtschaftlichkeit und Konkurrenzfähigkeit. In diesen beiden Sektoren wird als weitere Herausforderung die Gewinnung

bzw. von fach- und sozialkompetentem Personal hervorgehoben.

Im Sektor Krankenhaus sehen mehrere Einrichtungen in den derzeit diskutierten neuen Kooperationsformen zwischen pflegerischem und ärztlichem Personal eine Herausforderung. Eine Neuverteilung der Aufgaben in der Gesundheitsversorgung und insbesondere eine Kompetenzerweiterung und größere Eigenständigkeit der Pflege werden durch das Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR 2007) und durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) ange-regt. Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sieht erstmals im Rahmen von Modellvorhaben eine Ausübung der Heilkunde durch Pflegefachkräfte mit entsprechender Zusatzqualifikation vor. Die Expertinnen im Workshop „Krankenhauspflege“ begrüßen diese Initiativen einhellig.

9. Das Angebot an Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege

Die Qualität der Pflege ist wesentlich von den bei den Pflegenden vorhandenen Qualifikationen abhängig. Die Weiterentwicklung der Pflegequalität erfordert daher zunächst eine Professionalisierung der Pflegenden. Es ist unstrittig, dass die gegenwärtige Pflegeausbildung den erweiterten Aufgaben im Bereich von Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation sowie den gestiegenen Anforderungen an eine wissenschaftlich fundierte Pflege nur teilweise gerecht werden kann. In zahlreichen Modellversuchen werden gegenwärtig Strukturreformen der Pflegeausbildung erprobt, die sich vor allem auf die Zusammenfassung der derzeit nach Altersgruppen getrennten Bildungsgänge der Grundausbildung zu einer integrativen oder generalistischen Pflegeausbildung sowie auf die Akademisierung zumindest eines Teils der Pflegeerstausbildung richten.

Im Land Bremen besteht für Pflegende im Hochschulbereich ein breites Bildungsangebot. Neben den Studienangeboten im Bereich Pflegemanagement (Hochschule Bremen) und Lehramt Pflege (Universität Bremen) existiert an der Universität Bremen auch ein Studiengang Klinische Pflegeexpertise bzw. Familien- und Gesundheitspflege, der für die wissenschaftlich fundierte direkte

(patientennahe) Pflege qualifizieren soll. Ein berufsqualifizierender akademischer Bachelorabschluss gleicht das hiesige Qualifikationsprofil stärker dem des europäischen und nordamerikanischen Auslands an und befähigt die Pflegenden zu einer pflegewissenschaftlich begründeten Pflege. Allerdings setzt der Bremer Studiengang bereits auf eine dreijährige Berufsausbildung auf und kann damit nicht als Regelmodell für die Pflegeausbildung gelten. Ein tatsächlich erstqualifizierender Studiengang ist damit bislang im Land Bremen nicht studierbar.

Anhand der vorliegenden Erhebung lässt sich nicht feststellen, ob in den bisherigen Angeboten der Aus-, Fort- und Weiterbildung bereits ausreichend auf aktuelle pflegewissenschaftliche Erkenntnisse Bezug genommen wird. Die von den Einrichtungen genannten Themen für innerbetriebliche Fortbildungen legen den Schluss nahe, dass dabei vor allem eher verrichtungs- und krankheitsbezogene Inhalte aufgegriffen werden und kaum pflegewissenschaftliche Ebenen zum Tragen kommen. Zumindest für die Fortbildungsangebote verweisen diese Ergebnisse auf deren Qualität und Inhalte und machen deutlich, dass allein eine Festlegung des Fortbildungsumfangs, wie in der Berufsordnung geschehen, nicht ausreichend ist.

Um in der Pflege das Nachrücken junger Pfleger sicherzustellen, sind entsprechende Ausbildungskapazitäten vorzuhalten. Gegenwärtig gibt es im Land Bremen 837 Plätze in der Gesundheits- und Kranken- bzw. Kinderkrankenpflege und bis zu 450 Plätze in der Altenpflege. Diese Zahl wird aber nicht vollständig ausgeschöpft.

10. Forschung

Im Land Bremen existieren an der Hochschule Bremen und der Universität Bremen insgesamt fünf pflegewissenschaftliche Forschungsinstitute bzw. Forschungsabteilungen, die bereits jetzt ein breites Forschungsfeld abdecken und vielfältig mit Bremer Pflegeeinrichtungen oder Aus-, Fort- und Weiterbildungsanbietern kooperieren.

D. Empfehlungen aus pflegewissenschaftlicher Sicht

Aufgrund der Auswertung der vorliegenden Ergebnisse der Untersuchungen und unter Einbeziehung anderer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse spricht das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) folgende Empfehlungen aus.

Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales nimmt diese Empfehlungen entgegen und wird sie in angemessener Form bewerten und bei der Entwicklung künftiger Pflegepolitik im Land Bremen gegebenenfalls entsprechend berücksichtigen.

Profilbildung in der Pflege

- Die Pflege leistet einen eigenständigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Das originäre pflegerische Profil sowie der spezifische Anteil der Pflegenden an der gesundheitlichen Versorgung werden aber auch von der Berufsgruppe selbst noch zu wenig nach außen dargestellt. Über ein solches Profil könnte sich die Pflege neben anderen Berufsgruppen als gleichberechtigte Leistungserbringerin präsentieren. Ansatzpunkte für die Entwicklung eines eigenständigen pflegerischen Profils liegen – sofern nicht längst geschehen – in der Implementation pflegewissenschaftlich fundierter Konzepte etwa zum pflegerischen Assessment, zur Pflege von Patientinnen mit bestimmten Pflegephänomenen oder zur Evaluation von Pflege. Initiativen in diese Richtung sollten in allen Sektoren insbesondere von leitenden Pflegenden, ggf. in Zusammenarbeit mit den in Bremen ansässigen pflegewissenschaftlichen Instituten, ergriffen werden.

Aus-, Fort- und Weiterbildung

- Um die hiesige Pflegeausbildung an internationale Standards anzupassen und den Transfer von pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen in die Pflegepraxis zu verbessern und zu verstetigen, sollte auch in Bremen ein primärqualifizierender Studiengang eingerichtet werden. Dabei sollten die Impulse aus dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) aufgegriffen und Studiengangskonzepte entwickelt werden, die zugleich den Erwerb von Zusatzqualifikationen zur Ausübung der Heilkunde ermöglichen. Eine solche Ausweitung des pflegerischen Aufgabenbereichs sollte stets unter dem Gesichtspunkt der Professionalisierung des Berufs und damit unter einem spezifisch pflegerischen Blickwinkel erfolgen. Mögliche Tätigkeitsfelder, in denen Pflegenden unter dieser Perspektive sinnvoll heilkundliche Aufgaben übernehmen könnten, sind in Modellversuchen, die wissenschaftlich begleitet werden sollten, zu erproben. Langfristig sollten autonome pflegerische Entscheidungsbereiche auch rechtlich festgelegt werden.

gesetz (PFWG) aufgegriffen und Studiengangskonzepte entwickelt werden, die zugleich den Erwerb von Zusatzqualifikationen zur Ausübung der Heilkunde ermöglichen. Eine solche Ausweitung des pflegerischen Aufgabenbereichs sollte stets unter dem Gesichtspunkt der Professionalisierung des Berufs und damit unter einem spezifisch pflegerischen Blickwinkel erfolgen. Mögliche Tätigkeitsfelder, in denen Pflegenden unter dieser Perspektive sinnvoll heilkundliche Aufgaben übernehmen könnten, sind in Modellversuchen, die wissenschaftlich begleitet werden sollten, zu erproben. Langfristig sollten autonome pflegerische Entscheidungsbereiche auch rechtlich festgelegt werden.

- Aufgrund des demografischen Wandels und des daraus resultierenden mangelnden pflegerischen Nachwuchses ist zukünftig bundesweit ein massiver Personalnotstand in der Pflege zu erwarten. Schwierigkeiten, offene Stellen durch Fachkräfte zu besetzen, werden bereits jetzt von den Pflegeeinrichtungen und der Agentur für Arbeit gemeldet. In der pflegerischen Nachwuchssicherung liegt daher eine der zentralen Herausforderungen der Zukunft. Deutlich mehr junge Menschen als bisher müssen für den Beruf interessiert werden, was nur durch eine materielle und ideelle Attraktivitätssteigerung des Berufs gelingen wird. Vorerst sollten die bestehenden Ausbildungskapazitäten ausgeschöpft und ausgebaut sowie

die Nachqualifizierung von Pflegehilfskräften erleichtert werden.

- Einen angemessenen Standard an Fort- und Weiterbildungen in einem Berufszweig zu etablieren und zu kontrollieren, ist eine klassische Aufgabe von Selbstverwaltungsorganen. Ersatzweise können auch andere Steuerungsinstrumente genutzt werden. So könnten finanzielle Anreizsysteme evtl. in Absprache mit Pflege- und Krankenkassen geschaffen werden, um die Fortbildungsaktivitäten der in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen zu erhöhen. Die Berufsordnung sollte auf alle Pflegeberufe erweitert und es sollten zudem Qualitätskriterien für Fortbildungen, z. B. hinsichtlich der Qualifikation der Referentinnen oder der Inhalte, festgelegt werden.
- Im Sektor Krankenhaus müssen gegenwärtig bestimmte Weiterbildungsquoten beim Pflegepersonal dann erreicht werden, wenn eine externe Zertifizierung gewünscht wird. Dieses Prinzip könnte auch in den Sektoren der ambulanten Pflege und der stationären Altenpflege genutzt werden, um den Anteil an weitergebildetem Personal zu erhöhen und dadurch Pflegequalität zu sichern. So könnte die Einrichtung pflegfachlicher Schwerpunkte, beispielsweise in den Bereichen Intensivpflege, Palliativpflege oder Pflege von demenzkranken Personen, zukünftig an das Vorliegen entsprechender Qualifikationen beim Pflegepersonal geknüpft werden. Eine externe Zertifizierung solcher Angebote anhand von relevanten Qualitätskriterien könnte ebenfalls eine mögliche Aufgabe einer pflegerischen Selbstverwaltung sein. Derzeit werden die Qualifikationen der Pflegenden schon in den Qualitätsprüfungen durch den MDK berücksichtigt, die Ergebnisse sollen zukünftig auch für den Laien transparent im Internet zur Verfügung gestellt werden.
- In den Sektoren der ambulanten Pflege und der stationären Altenpflege wird ein hoher Anteil der direkten Pflege von (i.d.R. einjährig ausgebildeten) Pflegehelferinnen und un- und angelernten Pflegehilfskräften ü-

bernommen. Für diese Zielgruppe sind spezifische, kontinuierliche arbeitsplatznahe Fortbildungsangebote erforderlich. Sinnvoll ist die Einrichtung von institutionalisierten regelmäßigen Fallbesprechungen, in denen sowohl Fachwissen vermittelt als auch konkrete Handlungsoptionen für einen bestimmten zu Pflegenden besprochen werden.

Gesundheitsschutz

- Da auch die Arbeitnehmerinnen in der Pflege immer älter werden, sind von Seiten der Gesundheits- und Krankenkassen sowie der Rentenversicherungsträger für diese Zielgruppe verstärkt Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung zu entwickeln und zu implementieren. In den Betrieben sollten präventive Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in die betrieblichen Abläufe und in das Qualitätsmanagement integriert werden.

Vergütung

- Gute Pflege kostet Geld. Eine Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs gelingt nicht zuletzt durch materielle Verbesserungen. Die derzeitigen Tarife liegen im Vergleich zu anderen Berufen eher im unteren Gehaltsbereich und sind dementsprechend anzupassen und anzuheben. Auch die Absicht der Bundesregierung, für Pflegehilfskräfte einen Mindestlohn einzuführen, geht in die richtige Richtung. Um außerdem hochqualifizierte (z. B. akademisch ausgebildete) Fachkräfte für die direkte Pflege zu gewinnen, müssen für diese erst noch angemessene Gehaltsstrukturen geschaffen werden. Bei der Vertragsgestaltung zwischen Pflege- und Krankenkassen und Pflegeanbietern sollte auf Einhaltung tariflicher Mindeststandards geachtet werden.

Theorie-Praxis-Transfer

- Um die Potenziale der vor Ort befindlichen pflegewissenschaftlichen Studiengänge und

Forschungsinstitute für die pflegewissenschaftlich fundierte Weiterentwicklung der Pflegepraxis stärker nutzen zu können, sollten gemeinsam mit Hochschul- und Praxisvertreterinnen kleine Forschungs- und Entwicklungsprojekte konzipiert werden, die die Studierenden beispielsweise im Rahmen von Praktika oder praxisorientierten Seminarveranstaltungen bearbeiten. Da die Betreuung der Studierenden vermutlich von den Hochschulen nicht im Rahmen der bestehenden Personalkapazitäten geleistet werden kann, müssen für diese sehr sinnvolle Zusammenarbeit externe Geldgeber interessiert werden. Mit dem Ziel, mögliche Tätigkeitsfelder zu erschließen, könnten außerdem für Studierende bzw. akademisch ausgebildete Pflegekräfte Patenschaften oder Traineeprogramme eingerichtet werden. Eine Institutionalisierung einer solchen Zusammenarbeit in Form von Kompetenznetzwerken oder Kompetenzzentren ist zu empfehlen.

Schnittstellenmanagement

- Mit dem Ziel, die Entwicklung und Implementation von Konzepten integrierter Versorgung, wie multidisziplinärer klinischer Pathways, Disease- oder Care- und Case-Management-Programmen voranzubringen, sollten von politischer Seite entsprechende Projekte initiiert und von den Kassen finanziert werden. In diese multiprofessionell anzugehenden Reformen sollten auch stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen einbezogen werden. Die Pflege sollte zudem zentrale Integrations-, Steuerung- und Koordinationsfunktionen sowie Entscheidungskompetenzen erhalten, wie es in vielen anderen europäischen Ländern üblich ist.
- Das Entlassungs- und Überleitungsmanagement sollte auch in den Bremer Kliniken,

in denen es bislang ausschließlich in der Verantwortung des Sozialdienstes liegt, zukünftig stärker multiprofessionell gestaltet werden. In den Sektoren der ambulanten Pflege und stationären Altenpflege sind Konzepte des systematischen Schnittstellenmanagements zu implementieren.

Qualitätssicherungssysteme und Expertenstandards

- Allein durch die Implementation von Qualitätssicherungssystemen lässt sich Pflegequalität nicht entwickeln und sicherstellen, vielmehr müssen die Kompetenzen der in der direkten Pflege tätigen Pflegenden angehoben und der Wissenstransfer gefördert werden. Entsprechende Ansätze, wie institutionalisierte Fallbesprechungen, Qualitätszirkel oder Pflegevisiten, sind zu implementieren. Der Aufbau pflegewissenschaftlicher Kompetenz sollte durch Einstellung akademisch qualifizierter Pflegeexpertinnen, die in der direkten Pflege gemeinsam mit anders qualifizierten Pflegenden Pflegequalität entwickeln, unterstützt werden.
- Die vorliegenden Expertenstandards bieten den Pflegeeinrichtungen eine gute Orientierung für die Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege bei relevanten und häufig auftretenden Pflegephänomenen und –aufgaben und stellen ein wichtiges Instrument für die Umsetzung einer pflegewissenschaftlich begründete Pflege dar. Die weitere Verbreitung der Expertenstandards ist daher zu empfehlen. Die Standards sind allerdings nicht als Leitfäden zu betrachten, die regelorientiert abzuarbeiten sind. Vielmehr müssen sie stets an die Besonderheiten der Einrichtungen und der Bewohner angepasst werden. Eine regelmäßige Aktualisierung und Weiterentwicklung der Standards unter Berücksichtigung der pflegewissenschaftlichen Kritik ist unabdingbar.

E. Eckpunkte einer Pflegepolitik der Zukunft

Die Daten des Berichts zu Situation und Perspektiven der Pflege zeigen, dass die pflegerische Versorgung in Bremen eine stabile Basis hat und über wertvolle Potentiale verfügt.

Das Land Bremen hat 2005 als erstes Bundesland eine **Berufsordnung Pflege** erlassen mit dem Ziel, Aufgaben, Pflichten und Verhalten von Pflegenden analog vieler anderer Professionen festzuschreiben. Das Instrument Berufsordnung hat im Rahmen der Gleichstellung gegenüber anderen Gesundheitsberufen ein starkes Gewicht und unterstützt den Professionalisierungsprozess der Pflege.

Im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung wurde die Zahl der **Ausbildungsplätze** im Bereich der Kranken- und Gesundheitspflege stabil gehalten. Die neue inhaltliche Orientierung der Kranken- und Altenpflegegesetze und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen wurde in die Curricula der Bremer **Pflegeschulen** durch intensive Abstimmungsverfahren integriert.

Mit dem Gesetz über die **Weiterbildung** in den Gesundheitsfachberufen aus dem Jahr 2007 wurde die Weiterbildung in der Pflege modularisiert und damit in Struktur und Inhalt modernisiert und den aktuellen Anforderungen angepasst.

In Bremen haben sich zwei Studienstandorte für den Bereich Pflegemanagement an der **Hochschule** und für die Studienbereiche Pflegewissenschaften und Pflegepädagogik an der **Universität** etabliert. Die Absolventinnen der Studiengänge genießen hohes Ansehen und haben gute Chancen auf dem Arbeitsmarkt.

Die Vernetzung der Akteure in Pflege und Gesundheitspolitik ist gut entwickelt. Gemeinsame Perspektiven und Handlungsmöglichkeiten für das sich verändernde Berufsfeld der Pflege wurden in Zusammenarbeit mit dem **Landesfachbeirat Pflege** entwickelt und als Positionspapier „**Professionelle Pflege**“ veröffentlicht.

Für die **Altenhilfepolitik** wurde von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales in einem breiten Abstimmungsprozess der Bremer Altenplan entwickelt. Er gibt Orientierungen zur derzeitigen und künftigen Altenpolitik und deren Zielsetzungen. Leitlinien der Bremer Altenpolitik werden benannt.

Aus der vorliegenden Analyse der aktuellen und zukünftigen Bedingungen ergeben sich wesentliche **Eckpunkte** für eine strukturelle, organisatorische und inhaltliche Weiterentwicklung der Pflege im Lande Bremen.

Zentrale Orientierung ist dabei die Entwicklung einer zukunftsorientierten Pflegepolitik, die den demografischen und gesellschaftlichen Veränderungsprozessen unter Berücksichtigung der Bedeutung der pflegerischen Versorgung gerecht wird.

Pflege als größte Beschäftigungsgruppe im Gesundheitswesen leistet einen essentiellen Beitrag zur Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit der Bevölkerung.

Dies verdient eine angemessene gesellschaftliche Anerkennung.

Das Land Bremen

- sieht die Notwendigkeit einer starken Profilbildung der Pflege in Krankenhäusern, ambulanter und stationärer Pflege. Dies betrifft etwa die Berücksichtigung der Pflege in den Leitungen, Vertretungen und Entscheidungsgremien, in der Beteiligung der Pflege an Konzeptentwicklungen der Einrichtungen sowie die explizite Darstellung des Versorgungsbeitrages der Pflege z.B. in den Qualitätsberichten und der Außendarstellung.
- unterstützt die Bundesinitiative des Pflegegipfels für die Entwicklung pflegebezogener Qualitätsindikatoren, die Grundlage einer validen Personalbemessung sein sollen.
- sieht in der Bremer Berufsordnung ein geeignetes Instrument der professionellen Profilbildung der Pflege und wird ihre Umsetzung weiter vorantreiben und perspektivisch auf die Altenpflege ausdehnen. Zur Überprüfung der Einhaltung insbesondere der Bestimmungen zum Kompetenzerhalt werden geeignete Kontrollmaßnahmen eingesetzt werden.
- verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Bestandsaufnahme von Pflegeleistungen und Pflegebedarf, um eine bedarfsangepasste Pflege zu sichern.

Pflege benötigt eine Bildungsoffensive mit dem Ziel, den zukünftigen quantitativen Bedarf an beruflich Pflegenden sowie den qualitativen Bedarf an hochwertiger Pflege decken zu können.

Das Land Bremen

- setzt sich für den Erhalt und eine dem Fachkräftearbeitsmarkt angemessene Anpassung der Zahl der Ausbildungsplätze im Bereich der Pflege ein.
- unterstützt die Bestrebungen zu einer einheitlichen generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung mit Spezialisierungsmöglichkeiten.
- befürwortet die Einführung einer abgestuften Qualifikation innerhalb der Gruppe der Pflegenden. Zu differenzieren sind akademisch ausgebildete Pflegenden mit Promotion, mit einem Master-Abschluss, mit einem Bachelor-Abschluss, Pflegefachkräfte mit einer traditionellen dreijährigen Ausbildung sowie evtl. zwei- und einjährige Assistentinnen- bzw. Helferausbildungen, wobei für den Bereich der Krankenpflege der Bedarf an Helferberufen in Bremen bislang nicht gesehen wird. Damit wird einerseits die Verankerung von pflegewissenschaftlicher Kompetenz in der Pflegepraxis erhöht und andererseits die bedarfsgerechte Aufgabenverteilung in multiprofessionellen Teams unterstützt.
- hält die vertikale Durchlässigkeit in dem beschriebenen abgestuften Qualifikationsprofil für unverzichtbar.
- fördert die Entwicklung eines erstqualifizierenden Bachelor-Studienganges für Pflege an der Universität Bremen in Kooperation mit den Pflegeschulen unter Beibehaltung einer grundständigen Ausbildung u. a. durch die Finanzierung einer Machbarkeitstudie.
- begrüßt die durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz ermöglichte Erlangung heilkundlicher Kompetenz für die Pflege als Schritt zur Erprobung neuer Handlungsfelder.

- sichert die vorhandenen staatlich anerkannten Fachweiterbildungen und schafft eine Weiterbildungsrichtung ‚Gerontologie / Gerontopsychiatrie‘.
- unterstützt durch nachhaltige Maßnahmen die Umsetzung der Fortbildungspflicht für Pflegendende.
- unterstützt die Forderung nach einer einheitlichen Finanzierung der Träger für die Krankenpflege- und Altenpflegeschulen und einer Sicherung der Refinanzierung der Ausbildungsvergütungen.

Die Attraktivität des Arbeitsfeldes Pflege muss erhöht werden.

Pflege muss sich als Profession mit Zukunftsperspektive für engagierte Menschen anbieten.

Das Land Bremen

- unterstützt und fördert, dass das Arbeitsfeld Pflege sich auf der Grundlage einer generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung weiter ausdifferenziert, um den veränderten komplexer gewordenen Anforderungen gerecht werden zu können. Dabei werden individuelle Karriere- und Gestaltungsmöglichkeiten gefördert.
- unterstützt die Schaffung und Verbesserung bedarfsorientierter Arbeitszeitmodelle.
- unterstützt die Einführung von flexiblen Personalkonzepten und eines wirksamen Gesundheitsschutzes unter Berücksichtigung der Pflege als einem Frauenberuf (insbesondere Orientierung an den Bedürfnissen älterer Pflegenden).

Die Qualität der Versorgung erfordert eine bessere Kooperation und Zusammenarbeit der Berufe im Gesundheitswesen.

Das Land Bremen

- unterstützt und fördert eine umfassende sektorenübergreifende Verantwortungs- und Kooperationsbereitschaft der Berufe im Gesundheitswesen mit dem Ziel, die angemessene Versorgung der Patientinnen zu sichern.
- unterstützt die konzeptionelle Weiterentwicklung der Schnittstellen zwischen den einzelnen Versorgungsformen.
- erkennt den Bedarf einer Neubestimmung der Arbeits- und Tätigkeitsfelder der Berufe in der gesundheitlichen Versorgung an, insbesondere bei der Versorgung chronisch und mehrfacherkrankter Patientinnen (z.B. Palliative-Care, Wund- und Schmerzmanagement, Pflege von Demenz-Erkrankten)
- unterstützt die Umsetzung von Leitlinien, Behandlungspfaden und Standards, um die Zusammenarbeit der Berufe zu verbessern.
- erkennt, dass eine Veränderung der Aufgabenverteilung auch eine Anpassung und Erweiterung der Entscheidungskompetenz erfordert und empfiehlt entsprechende Neuorientierungen.
- initiiert zur zeitnahen Umsetzung einen Bremer Runden Tisch zum Thema „Neu- und Umverteilung der Aufgabenfelder im Gesundheitswesen“.

F. Literaturverzeichnis

- Ackermann, Stefan (2003): Qualitätsmanagement in kleinen Einrichtungen nach dem GAB- Verfahren. München.
- Altenpflegegesetz (2003): Altenpflegegesetz. Online verfügbar unter: <http://bundesrecht.juris.de/altpfllg> Zugriff (Zugriff: 13.03.2009).
- Altenplan Bremen (2007): Altenplan Bremen. Online verfügbar unter: www.soziales.bremen.de/altenplan Zugriff (Zugriff: 13.03.2009).
- Barthelme, Gerlinde; Garms-Homolová, Vjenka; Polak, Ute (1999): Belastungen in der ambulanten Pflege. In: SCHMIDT u.a. 1999, S. 235-243.
- Beck, Sebastian; Perry, Thomas (2008): Migranten-Milieus. In: Forum Sozial 2/2008, S. 12-16.
- Becker, Gabriele; Wölk, Suna (2002): Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe. Konzeptentwicklung im Auftrag der AWO Bremen, gefördert durch einen Zuschuss des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. Bremen, o.J.
- Behrens, Johann; Gero Langer (2006): Evidence-based- Nursing and Caring, 2. Auflage. Bern.
- Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2009): Ungenutzte Potenziale. Zur Lage der Integration in Deutschland. Online verfügbar unter: www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Zuwanderung/Integration_RZ_online.pdf (Zugriff: 13.03.2009).
- Betriebsverfassungsgesetz (BetrVg): Betriebsverfassungsgesetz. Online verfügbar unter: <http://bundesrecht.furis.de/betrvg/> (Zugriff: 13.03.2009).
- Blinkert, Baldo / Gräf, Bernhard (2009): Deutsche Pflegeversicherung vor massiven Herausforderungen. Deutsche Bank Research, Frankfurt am Main. Online verfügbar unter: www.dbresearch.de
- Blum, Karl; Offermans, Matthias; Perner, Patricia (2007): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2007. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (DKI): Düsseldorf. Online verfügbar unter: www.dki.de (Zugriff: 13.03.2009).
- Böhme, Hans (2001): Rechtliche Verbindlichkeit von nationalen Standards. In: Die Schwester / Der Pfleger, 40. Jg., H. 12: 1054 - 1057.
- Böll, Mechthild; Wetzel, Elisabeth (2008): Kinderkrankenpflege - Eine Marktlücke in der Häuslichen Pflege - Große Chance – mit Hürden. In: Häusliche Pflege, Juni 2008, Heft 5, S. 46-48.
- Bröckling, Ulrich (2000): Totale Mobilmachung. Menschenführung im Qualitäts- und Selbstmanagement. In: Bröckling, Ulrich, Krasmann, Susanne; Lemke, Thomas (Hg.): Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen. Frankfurt / M., 131 – 167.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2006): Migrationsbericht des Bundesamt für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Migrationsbericht 2006. Online verfügbar unter: http://www.bamf.de/clin_101/nn_441838/DE/Migration/Forschung/Ergebnisse/Migrationsberichte/migrationsberichte-node.html?__nnn=true (Zugriff: 7.10.2008).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Alter und Gesellschaft. Bonn.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2006): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft – Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2006): Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Online verfügbar unter: www.bmfsfj.de (Zugriff: 13.03.2009).
- Bury, Carola; Lademann, Julia; Reuhl, Barbara (2006): Die Situation der Beschäftigten in den ambulanten Pflegediensten im Land Bremen. Hrsg. von der Arbeitnehmerkammer Bremen.
- Care konkret (2009): Mindestlohn für Pflegehilfskräfte. In: Care konkret, 12. Jg., H.4: 1-2.
- Cassier-Woidasky, Anne- Kathrin (2007): Pflegequalität durch Professionsentwicklung. Eine qualitative Studie zum Zusammenhang von professioneller Identität, Pflegequalität und Patientenorientierung. Frankfurt / M.
- Deutscher Pflegerat e. V. (2007): Neuzuschnitt der Gesundheitsberufe Autonomie und Geld neu verteilen. Der Newsletter des DPR 7 / 2007 unter www.deutscher-pflegerat.de

- Deutscher Verein e. V. (2009): Weiterentwicklung der Pflegeausbildung. Empfehlungen des Deutschen Vereins Berlin. Online verfügbar unter: www.deutscher-verein.de.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2008): Expertenstandards in der Pflege: Zur Entwicklung wissenschaftsbasierter Expertenstandards. Online verfügbar unter: www.dnqp.de unter Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards (Zugriff: 13.03.2008).
- DIW-Gutachten (2001): Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen. Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union. Berlin: Im Auftrag des Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie.
- Enquetekommission „Demographischer Wandel“ (2002): Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik. Schlussbericht. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode. Drucksache 14/8800.
- Friesacher, Heiner (2009): Ethik und Ökonomie. Zur kritisch-normativen Grundlegung des Pflegemanagements und der Qualitätsentwicklung. In: Pflege & Gesellschaft, 14. Jg., H. 1: 5 - 23.
- Gebert, Alfred; Kneubühler, Hans-Ulrich (2001): Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Plädoyer für ein gemeinsames Lernen. Bern.
- Gesetz über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen (2007): Gesetzesblatt der Freien Hansestadt Bremen. Aufgegeben am 11. April 2007. Online verfügbar unter: www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/GBI_2007_04_11_Nr_018_aus%20BB_Gesundheitsf.pdf (Zugriff: 13.03.2009).
- Gesetzesblatt der freien Hansestadt Bremen (2004): Berufsordnung für Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger im Lande Bremen. Online verfügbar unter: http://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/Gesetzblatt%202004_53.pdf (Zugriff: 13.03.2009).
- GKV (2006) : Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung eine Weiterbildung. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/QVvoll_442.pdf (Zugriff: 13.03.2009).
- Habermann, Monika; Biedermann, Heidrun (2007): Die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Frankfurt/ M.
- Hasseler, Martina (2004): Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft. Professionalität erhöhen – Wettbewerbsvorteile sichern- Schlüterische Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG. Hannover.
- Isfort, Michael; Weidner, Frank (2007): Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip): Köln. Online verfügbar unter: www.dip.de (Zugriff: 13.03.2009).
- Krankenpflegegesetz (KrPflG.): Krankenpflegegesetz. Online verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflg_2004/gesamt.pdf (Zugriff: 13.03.2009).
- Mayring, Philipp (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. 8. Auflage. Weinheim und Basel.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände (MDS) (2005): Richtlinie/Erhebungsbogen/MDK-Anleitung. Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege. Online verfügbar unter: http://www.mds-ev.de/media/pdf/MDK-Pruefgrundlagen_stationaer.pdf (Zugriff: 13.03.2009).
- Meyer, Gabriele, Köpke, Sascha (2006): Expertenstandards in der Pflege. Wirkungsvolle Instrumente zur Verbesserung der Pflegepraxis oder von ungewissem Nutzen? In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39. Jg., H. 3: 211 - 216.
- Mittnacht, Barbara, Roes, Martina; Biehl, Maria; Görres, Stefan (2006): Bewertung der Qualitätsaktivitäten in den verschiedenen Betreuungssystemen. In: Görres, Stefan; Roes, Martina; Mittnacht, Barbara; Biehl, Maria; Klün, Silvia (Hg.): Strategien der Qualitätsentwicklung in Pflege und Betreuung. Heidelberg, 177 - 202.
- Pflege neu denken (2000): Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Im Auftrag der Robert-Bosch-Stiftung GmbH Stuttgart.
- Reischuk, Eva (2009): Projektbericht zum Betriebspraktikum. Unveröffentlichter Praktikumsbericht im Rahmen des Bachelorstudiums Pflegewissenschaft an der Universität Bremen.
- Robert Koch Institut (2002): Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 10.
- Sachs, Marcel (2007): Advanced Nursing Practice – Trends: Implikationen für die deutsche Pflege. Ein Literaturüberblick mit Beispielen aus den USA, Großbritannien und den Niederlanden. In: Pflege & Gesellschaft, 12. Jg., H. 2: 101-117.

- Schaeffer, Doris; Ewers, Michael (2006): Integrierte Versorgung nach deutschem Muster. In: *Pflege & Gesellschaft*, 11. Jg., H. 3: 197-209.
- Schmidt, Roland; Entzian, Hildegard; Giercke, Klaus-Ingo; Klie, Thomas (Hrsg.) (1999): Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune. Daseinsvorsorge, Leistungserbringung und bürger-schaftliche Verantwortung in der Modernisierung der Pflege. Mabuse. Frankfurt am Main.
- Schopf, Christine; Naegele, Gerhard (2005): Alter und Migration – ein Überblick. In *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 6/2005 Bd.38, 396-406.
- SGB XI – Soziale Pflegeversicherung – Elftes Kapitel: Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen, §112 Qualitätsverantwortung. Online verfügbar unter: http://www.juraforum.de/gesetze/SGB%20XI/sgb_iv.html (Zugriff 13.03.2009).
- Simon, Michael; Tackenberg, Peter; Hasselhorn, Hans-Martin; Kümmerling, Angelika; Büscher, Andreas; Müller, Bernd Hans (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal. Online verfügbar unter: www.next.uni-wuppertal.de (Zugriff: 13.03.2009).
- Sinus Sociovision (Hrsg.) (2008): Sinus-Studie - Die Milieus der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Zentrale Ergebnisse einer qualitativen sozialwissenschaftlichen Untersuchung. Heidelberg.
- Soziale Sicherheit plus (2009): Bundessozialgericht: Stärkung der Pflegeheime mit Tarifbindung – Urteil gegen Pflege-Dumping. In: *Soziale Sicherheit plus*, H. 2: 9.
- Statistisches Bundesamt (2007): Gesundheit Personal 1997 – 2006. DEStatis: Wiesbaden. Online verfügbar unter: www.ec.destatis.de (Zugriff: 13.03.2009).
- Statistisches Bundesamt (2008): Grunddaten der Krankenhäuser 2007. DEStatis: Wiesbaden. Online verfügbar unter: www.ec.destatis.de (Zugriff: 13.03.2009).
- Statistisches Bundesamt (2008a): Pflegestatistik 2007. DEStatis: Wiesbaden. Online verfügbar unter: www.ec.destatis.de (Zugriff: 13.03.2009).
- Statistisches Landesamt Bremen (2007): Migration, Tabelle Migration 17357. Online verfügbar unter: www.statistik-bremen.de/bremendat/statwizard_step1.cfm Zugriff (13.03.2009).
- Stemmer, Renate; Haubrock, Manfred; Böhme, Hans (2008): Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege an der Katholischen Fachhochschule Mainz. Im Auftrag des Sozialministeriums Rheinland-Pfalz. Online verfügbar unter: www.kfh-mainz.de
- SVR (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Online verfügbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm> (Zugriff: 13.03.2009).
- SVR (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität - Band 1. Online verfügbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm> (Zugriff 13.03.2009).
- SVR (2007): Kooperation und Verantwortung. Online verfügbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm> (Zugriff: 13.03.2009).
- Tackenberg, Peter; Hasselhorn, Hans-Martin; Büscher, Andreas (2005): Pflege in Europa. In: Hasselhorn, Hans-Martin; Müller, Bernd Hans; Tackenberg, Peter; Kümmerling, Angelika; Simon, Michael: Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Dortmund u.a. S. 21 – 29. Online verfügbar unter: www.baua.de (Zugriff: 13.03.2008).
- Weidner, Frank; Dörpinghaus, Sabine (2003): Pflegeberichterstattung im Überblick. Eine Studie über Pflegedaten im In- und Ausland. Hrsg. Deutsches Instituts für angewandte Pflegeforschung e. V.. Schlütersche Verlag Hannover.
- Wingenfeld, Klaus (2004): Grenzen der Evidenzbasierung komplexer pflegerischer Standards am Beispiel des Entlassungsmanagements. In: *Pflege & Gesellschaft*, 9. Jg., H. 3: 79 - 83.

Anlagen

Anlage 1 - Fragebögen¹³	60
Anlage 2 - Ergebnisse Fragebögen	73
Anlage 3 - Expertenworkshop – Zusammenfassung der Ergebnisse	88
Anlage 4 - Qualitative Interviews - Zusammenfassende Darstellung	93
Anlage 5 – Pflege im Lande Bremen im Spiegel der Datenerfassung und Statistik - Beschreibung der Datenlage vor Beginn der Erhebungen	97

¹³ Bei den Fragebögen werden Leerzeilen, auch solche für die Beantwortung offener Fragen, teilweise nicht dargestellt. Dies gilt auch für Anschriftenfelder. Formatierungen, wie Zeilenabstände und Seitenwechsel, wurden teilweise verändert. Insoweit entspricht die hier abgedruckte Fassung nicht den Originalen. Die gestellten Fragen sind vollständig vorhanden.

1. Fragebögen

Fragebogen für Krankenhäuser im Land Bremen (incl. Kurzzeitpflege)

1. Wer ist der Träger Ihres Krankenhauses?

2. Was ist das Besondere der pflegerischen Versorgung in Ihrem Krankenhaus? Wo liegen Ihre besonderen Stärken? Sind Sie in bestimmten pflegerischen Bereichen richtungsweisend oder vorbildlich? (bitte benutzen Sie ggfs. ein gesondertes Blatt)

Bitte beantworten Sie nun die Fragen zu Ihrem pflegerischen Personal

3 Wie viele Beschäftigte arbeiten im Pflegedienst Ihres Krankenhauses?

Examinierte Altenpflegekräfte

weibliche Pflegekräfte Vollzeit Teilzeit > 50 % geringfügig beschäftigt
 männliche Pflegekräfte Vollzeit Teilzeit > 50 % geringfügig beschäftigt

Examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte

weibliche Pflegekräfte Vollzeit Teilzeit > 50 % geringfügig beschäftigt
 männliche Pflegekräfte Vollzeit Teilzeit > 50 % geringfügig beschäftigt

Examinierte Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte

weibliche Pflegekräfte Vollzeit Teilzeit > 50 % geringfügig beschäftigt
 männliche Pflegekräfte Vollzeit Teilzeit > 50 % geringfügig beschäftigt

Examinierte Kranken- und Altenpflegehelfer (einjährige Ausbildung)

weibliche Pflegekräfte Vollzeit Teilzeit > 50 % geringfügig beschäftigt
 männliche Pflegekräfte Vollzeit Teilzeit > 50 % geringfügig beschäftigt

Un- und angelernte Beschäftigte

weibliche Pflegekräfte Vollzeit Teilzeit > 50 % geringfügig beschäftigt
 männliche Pflegekräfte Vollzeit Teilzeit > 50 % geringfügig beschäftigt

Zivildienstleistende, FSJ-ler, Schüler,...

weibliche Pflegekräfte männliche Pflegekräfte

Wie viele Praxisanleiter/Mentoren mit pädagogischer Zusatzqualifikation sind derzeit für die Praxisanleitung der in Ihrer Einrichtung eingesetzten Schüler zuständig?

_____ Praxisanleiter, davon _____ teilweise oder vollständig freigestellt

Bitte beziehen Sie die folgenden Fragen nur auf die in der Pflege tätigen Beschäftigten!

4. Welche Altersstruktur weist Ihr Personal auf?

sind unter 20 Jahre alt sind zwischen 40 und 49 Jahre alt
 sind zwischen 20 und 29 Jahre alt sind zwischen 50 und 59 Jahre alt
 sind zwischen 30 und 39 Jahre alt sind 60 Jahre alt oder älter

5. Wie viele in der Pflege tätige Beschäftigte haben einen Migrationshintergrund?

_____ ist/sind Migrant/inn/en aus: _____
 _____ ist/sind Migrant/inn/en aus: _____
 _____ ist/sind Migrant/inn/en aus: _____

6. Wie lange arbeiten die in der Pflege tätigen Beschäftigten in Ihrem Krankenhaus?

_____ arbeiten seit weniger als 2 Jahren bei uns
 _____ arbeiten zwischen 2 und 5 Jahren bei uns
 _____ arbeiten zwischen 5 und 10 Jahren bei uns
 _____ arbeiten seit mehr als 10 Jahren bei uns

7. Wie hoch ist der Anteil der zwei- und dreijährig ausgebildeten Pflegekräfte in Ihrer Einrichtung, die jährlich mindestens 10 Fortbildungsstunden absolvieren?

etwa _____%

Zu welchen pflegebezogenen Themen bieten Sie in Ihrer Einrichtung **Fortbildungen** an? (Bitte geben Sie den Stundenumfang in Klammern an)

8. Über welche Weiterbildungen verfügen Ihre in der Pflege tätigen Beschäftigten?

_____ haben eine Fachweiterbildung als Fachpfleger für Intensivpflege und Anästhesie
 _____ haben eine Fachweiterbildung als Fachpfleger für Onkologie
 _____ haben eine Fachweiterbildung als Fachpfleger für den Operationsdienst
 _____ haben eine Fachweiterbildung als Fachpfleger für Psychiatrie
 _____ haben eine Fachweiterbildung als Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege
 _____ haben ein Studium absolviert in: _____

Über welche weiteren Weiterbildungen mit einer Dauer von mind. 200 Stunden verfügen Ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiter?

_____ haben eine Weiterbildung absolviert als _____
 _____ haben eine Weiterbildung absolviert als _____

9. Wie viele Personen lassen sich den folgenden Positionen zuordnen?

- Geschäftsführung Pflege davon Frauen: _____
 Pflegedienstleitung (PDL/KPL) davon Frauen: _____
 Mittleres Management (Stationsleitung) davon Frauen: _____
 Stabsstelle davon Frauen: _____
 Direkte Pflege davon Frauen: _____
 davon abgeschlossene zwei- oder dreijährige pflegerische Ausbildung: _____ Männer _____ Frauen

Bitte beantworten Sie nun noch die Fragen zu Ihrem Krankenhaus.

10. Erfolgt die Entlohnung in Ihrem Krankenhaus auf Grundlage eines Tarifvertrags?

- ja, nach folgendem Tarif (z. B. Haustarif, TVL) _____
 nein, aber es besteht eine schriftlich fixierte Entgeltstruktur ja nein
 Welchen Stundenlohn kann eine examinierte Pflegekraft bei Ihnen in der Endstufe erhalten?
 Ca. _____ Euro

11. Haben Sie eine Interessenvertretung in Ihrem Krankenhaus?

- nein
 Betriebsrat
 Schwerbehindertenvetretung

12. Bieten Sie Kurzzeitpflege an? (unabhängig von der organisatorischen Zuordnung)

- nein ja

13. In welchen Bereichen arbeiten Sie nach Nationalen Expertenstandards?

- Dekubitusprophylaxe Entlassungsmanagement
 Schmerzmanagement Sturzprophylaxe
 Kontinenzförderung Pflege von Menschen mit chronischen Wunden
 Weitere hauseigene Standards, z. B. _____

14. Welche Maßnahmen ergreifen Sie zu internen Qualitätssicherung (z.B. Fort- und Weiterbildung, Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Qualitätszirkel, Beschwerdemanagement, Pflegevisite, Fallkonferenzen, klinisches Ethikkomitee o.ä., wissenschaftliche Beratung)?**15. Ist Ihr Krankenhaus zertifiziert (ggfs. spezifizieren)?**

- nein
 nein, aber Zertifizierung ist geplant
 ja, seit _____

16. Arbeiten Sie nach einem Qualitätsmanagementsystem?

- nein
 nein, aber die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems ist geplant
 ja, seit _____

17. Arbeiten Sie mit anderen Einrichtungen eng zusammen? Gibt es institutionalisierte Kooperationen (z.B. vertragliche Vereinbarung, regelmäßige Treffen)?

- nein ja (bitte beschreiben Sie Inhalt und Form der Kooperation)

Die folgende Frage bezieht sich auf das Schnittstellenmanagement. Mit Schnittstellenmanagement sind Aktivitäten zur Vernetzung von an der pflegerischen Versorgung eines Patienten/Bewohners beteiligten Institutionen, Berufsgruppen oder Dienste zum Zwecke der besseren Koordination und Abstimmung gemeint.

18. In welchen Bereichen führen Sie ein Schnittstellenmanagement durch?

- kein Schnittstellenmanagement
 Schnittstelle Krankenhaus – stationäre Altenpflegeeinrichtung durch _____
 Schnittstelle Krankenhaus – ambulante Pflegedienste durch _____
 Schnittstelle Krankenhaus – ambulante Pflegedienste durch _____
 Schnittstelle Krankenhaus – Rehabilitationseinrichtungen durch _____
 andere Schnittstellen _____ durch _____

19. Wo sehen Sie die größten Herausforderungen für den Pflegedienst Ihres Krankenhauses?**20. Stehen Sie für ein vertiefendes Telefoninterview zu einzelnen Themen dieser Befragung zur Verfügung?**

- ja nein

falls ja: Wie können wir am besten mit Ihnen Kontakt aufnehmen?

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragebogen für Stationäre Altenpflegeeinrichtungen (incl. Kurzzeitpflege) im Land Bremen

1. Wer ist der Träger Ihrer Einrichtung?

2. Was ist das Besondere Ihrer Einrichtung? Wo liegen Ihre besonderen Stärken? Sind Sie in bestimmten Bereichen richtungsweisend oder vorbildlich? Welche fachlichen Schwerpunkte haben Sie? (bitte benutzen Sie ggfs. ein gesondertes Blatt)

Bitte beantworten Sie nun die Fragen zu Ihrem Personal

3 Wie viele Beschäftigte arbeiten in Ihrer Einrichtung?

Examierte Altenpflegekräfte

weibliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt
männliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt

Examierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte

weibliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt
männliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt

Examierte Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte

weibliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt
männliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt

Examierte Kranken- und Altenpflegehelfer (einjährige Ausbildung)

weibliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt
männliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt

Un- und angelernte Beschäftigte

weibliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt
männliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt

Zivildienstleistende, FSJ-Iler, Schüler,...

weibliche Pflegekräfte ___ männliche Pflegekräfte ___

Haben Sie spezielle Versorgungsangebote (z. B. Wohnküchenkonzept, Quatierskonzept), in denen oben nicht erfasste Personen tätig sind?

nein ja, und zwar (bitte Versorgungsangebot sowie Anzahl der Personen mit Berufsbezeichnung, Stundenumfang und Art der Aufgaben angeben; bitte benutzen Sie ggfs. ein gesondertes Blatt):

Wie viele Praxisanleiter/Mentoren mit pädagogischer Zusatzqualifikation sind derzeit für die Praxisanleitung der in Ihrer Einrichtung eingesetzten Schüler zuständig?

_____ Praxisanleiter, davon _____ teilweise oder vollständig freigestellt

Bitte beziehen Sie die folgenden Fragen nur auf die in der Pflege tätigen Beschäftigten!

4. Welche Altersstruktur weist Ihr Personal auf?

___ sind unter 20 Jahre alt ___ sind zwischen 40 und 49 Jahre alt
___ sind zwischen 20 und 29 Jahre alt ___ sind zwischen 50 und 59 Jahre alt
___ sind zwischen 30 und 39 Jahre alt ___ sind 60 Jahre alt oder älter

5. Wie viele in der Pflege tätige Beschäftigte haben einen Migrationshintergrund?

___ ist/sind Migrant/inn/en aus: _____
___ ist/sind Migrant/inn/en aus: _____

6. Wie lange arbeiten die in der Pflege tätigen Beschäftigten in Ihrer Einrichtung?

___ arbeiten seit weniger als 2 Jahren bei uns ___ arbeiten zwischen 2 und 5 Jahren bei uns
___ arbeiten zwischen 5 und 10 Jahren bei uns ___ arbeiten seit mehr als 10 Jahren bei uns

7. Wie hoch ist der Anteil der zwei- und dreijährig ausgebildeten Pflegekräfte in Ihrer Einrichtung, die jährlich mindestens 10 Fortbildungsstunden absolvieren?

etwa _____ %

Zu welchen pflegebezogenen Themen bieten Sie in Ihrer Einrichtung Fortbildungen an? (Bitte geben Sie den Stundenumfang in Klammern an)

8. Über welche Weiterbildungen (mit einer Dauer von mind. 200 h)¹⁴ verfügen Ihre in der Pflege tätigen Beschäftigten?

___ haben eine Fachweiterbildung als Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege
___ haben eine Weiterbildung absolviert als _____
___ haben eine Weiterbildung absolviert als _____
___ haben eine Weiterbildung absolviert als _____
___ haben ein Studium absolviert in _____

¹⁴ Damit sind sowohl die Fachweiterbildungen nach Bremischer Fachweiterbildungsordnung als auch alle anderen fachbezogenen Bildungsmaßnahmen mit einem Stundenumfang >200 Stunden gemeint.

9. Wie viele Personen lassen sich den folgenden Positionen zuordnen?

Leitungsposition (PDL+Stellvertr.) davon Frauen:
 mittleres Management (Abteilungsleitung) davon Frauen:
 Stabsstelle davon Frauen:
 direkte Pflege davon Frauen:
 davon abgeschlossene zwei- oder dreijährige pflegerische Ausbildung: Männer Frauen

Bitte beantworten Sie nun noch die Fragen zu Ihrer Einrichtung.

10. Erfolgt die Entlohnung in Ihrer Einrichtung auf Grundlage eines Tarifvertrags?

ja, nach folgendem Tarif (z. B. Haustarif, TVL) _____
 nein, aber es besteht eine schriftlich fixierte Entgeltstruktur ja nein
 Welchen Stundenlohn kann eine examinierte Pflegekraft bei Ihnen in der Endstufe erhalten? Ca. _____ Euro

11. Haben Sie eine Interessenvertretung in Ihrer Einrichtung?

nein
 Betriebsrat
 Schwerbehindertenvetretung

12. Bieten Sie selbst oder in Kooperation mit anderen Einrichtungen die folgenden Angebote an?

Wohnen mit Service nein ja
 Ambulante betreute Wohngemeinschaften nein ja
 Kurzzeitpflege (unabhängig von der organisatorischen Zuordnung) nein ja

13. In welchen Bereichen arbeiten Sie nach Nationalen Expertenstandards?

Dekubitusprophylaxe Entlassungsmanagement
 Schmerzmanagement Sturzprophylaxe
 Kontinenzförderung Pflege von Menschen mit chronischen Wunden
 Weitere hauseigene Standards, z. B. _____

14. Welche Maßnahmen ergreifen Sie zu internen Qualitätssicherung (z.B. Fort- und Weiterbildung, Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Qualitätszirkel, Beschwerdemanagement, Pflegevisite, Fallkonferenzen, klinisches Ethikkomitee o.ä., wissenschaftliche Beratung)?**13. Ist Ihre Einrichtung zertifiziert?**

ja, seit _____ nach: _____
 nein, aber Zertifizierung ist geplant
 nein

15. Arbeiten Sie nach einem Qualitätsmanagementsystem?

ja, seit _____ nach: _____
 nein, aber die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems ist geplant
 nein

16. Arbeiten Sie mit anderen Einrichtungen eng zusammen? Gibt es institutionalisierte Kooperationen (z.B. vertragliche Vereinbarung, regelmäßige Treffen)?

nein ja (bitte beschreiben Sie Inhalt und Form der Kooperation)

Die folgende Frage bezieht sich auf das Schnittstellenmanagement. Mit Schnittstellenmanagement sind Aktivitäten zur Vernetzung von an der pflegerischen Versorgung eines Patienten/Bewohners beteiligten Institutionen, Berufsgruppen oder Dienste zum Zwecke der besseren Koordination und Abstimmung gemeint.

17. In welchen Bereichen führen Sie ein Schnittstellenmanagement durch?

kein Schnittstellenmanagement
 Schnittstelle Stationäre Altenpflege – Krankenhaus durch _____
 Schnittstelle Stationäre Altenpflege – ambulante Pflegedienste durch _____
 andere Schnittstellen _____ durch _____

18. Wo sehen Sie die größten Herausforderungen für Ihre Einrichtung?**19. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie für ein vertiefendes Telefoninterview zu einzelnen Themen dieser Befragung im Umfang von max. 30 min zur Verfügung stehen würden? Wären Sie dazu bereit?**

ja nein
 Falls ja: Wie können wir am besten mit Ihnen Kontakt aufnehmen?

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragebogen für ambulante Pflegedienste im Land Bremen

1. Wer ist der Träger Ihres Pflegedienstes?

2. Was ist das Besondere Ihres Pflegedienstes? Wo liegen Ihre besonderen Stärken? Sind Sie in bestimmten Bereichen richtungsweisend oder vorbildlich? Welche fachlichen Schwerpunkte haben Sie? (bitte benutzen Sie ggfs. ein gesondertes Blatt)

Bitte beantworten Sie nun die Fragen zu Ihrem Personal

3. Wie viele Beschäftigte arbeiten in Ihrem Pflegedienst?

Examinierte Altenpflegekräfte

weibliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt
männliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt

Examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte

weibliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt
männliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt

Examinierte Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte

weibliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt
männliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt

Examinierte Kranken- und Altenpflegehelfer (einjährige Ausbildung)

weibliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt
männliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt

Un- und angelernte Beschäftigte

weibliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt
männliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt

Zivildienstleistende, FSJ-ler, Schüler,...

weibliche Pflegekräfte ___ männliche Pflegekräfte ___

Haben weitere Personen mit einer anderen Ausbildung Betreuungsaufgaben in Ihrer Einrichtung?

nein ja, und zwar (bitte Anzahl der Personen mit Stundenumfang und Art der Aufgaben angeben; bitte benutzen Sie ggfs. ein gesondertes Blatt):

Wie viele Praxisanleiter/Mentoren mit pädagogischer Zusatzqualifikation sind derzeit für die Praxisanleitung der in Ihrer Einrichtung eingesetzten Schüler zuständig?

_____ Praxisanleiter, davon _____ teilweise oder vollständig freigestellt

Bitte beziehen Sie die folgenden Fragen nur auf die in der Pflege tätigen Beschäftigten!

4. Welche Altersstruktur weist Ihr Personal auf?

___ sind unter 20 Jahre alt ___ sind zwischen 40 und 49 Jahre alt
___ sind zwischen 20 und 29 Jahre alt ___ sind zwischen 50 und 59 Jahre alt
___ sind zwischen 30 und 39 Jahre alt ___ sind 60 Jahre alt oder älter

5. Wie viele in der Pflege tätige Beschäftigte haben einen Migrationshintergrund?

___ ist/sind Migrant/inn/en aus: _____
___ ist/sind Migrant/inn/en aus: _____

6. Wie lange arbeiten die in der Pflege tätigen Beschäftigten in Ihrem Pflegedienst?

___ arbeiten seit weniger als 2 Jahren bei uns ___ arbeiten zwischen 2 und 5 Jahren bei uns
___ arbeiten zwischen 5 und 10 Jahren bei uns ___ arbeiten seit mehr als 10 Jahren bei uns

7. Wie hoch ist der Anteil der zwei- und dreijährig ausgebildeten Pflegekräfte in Ihrer Einrichtung, die jährlich mindestens 10 Fortbildungsstunden absolvieren?

etwa _____%

Zu welchen pflegebezogenen Themen bieten Sie in Ihrer Einrichtung Fortbildungen an? (Bitte geben Sie den Stundenumfang in Klammern an)

8. Über welche Weiterbildungen (mit einer Dauer von mind. 200 h)¹⁵ verfügen Ihre in der Pflege tätigen Beschäftigten?

___ haben eine Fachweiterbildung als Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege
___ haben eine Weiterbildung absolviert als _____
___ haben eine Weiterbildung absolviert als _____
___ haben eine Weiterbildung absolviert als _____
___ haben ein Studium absolviert in _____

9. Wie viele Personen lassen sich den folgenden Positionen zuordnen?

___ Leitungsposition (PDL) davon Frauen: _____
___ mittleres Management (örtl. Einsatzleitung) davon Frauen: _____
___ Stabsstelle davon Frauen: _____
___ direkte Pflege davon Frauen: _____
davon abgeschlossene zwei- oder dreijährige pflegerische Ausbildung: _____ Männer _____ Frauen

¹⁵ Damit sind sowohl die Fachweiterbildungen nach Bremischer Fachweiterbildungsordnung als auch alle anderen fachbezogenen Bildungsmaßnahmen mit einem Stundenumfang >200 Stunden gemeint.

Bitte beantworten Sie nun noch die Fragen zu Ihrem Pflegedienst.

10. Erfolgt die Entlohnung in Ihrem Pflegedienst auf Grundlage eines Tarifvertrags?

- ja, nach folgendem Tarif (z. B. Haustarif, TVL) _____
 nein, aber es besteht eine schriftlich fixierte Entgeltstruktur ja nein
 Welchen Stundenlohn kann eine examinierte Pflegekraft bei Ihnen in der Endstufe erhalten?
 Ca. _____ Euro

11. Haben Sie eine Interessenvertretung in Ihrem Pflegedienst?

- nein
 Betriebsrat
 Schwerbehindertenvetretung

12. Bieten Sie selbst oder in Kooperation mit anderen Einrichtungen die folgenden Angebote an?

- Häusliche Nachtpflege (als Präsenzpflge) nein ja
 Wohnen mit Service nein ja
 ambulante betreute Wohngemeinschaften nein ja

13. In welchen Bereichen arbeiten Sie nach Nationalen Expertenstandards?

- Dekubitusprophylaxe Entlassungsmanagement
 Schmerzmanagement Sturzprophylaxe
 Kontinenzförderung Pflege von Menschen mit chronischen Wunden
 Weitere hauseigene Standards, z. B. _____

14. Welche Maßnahmen ergreifen Sie zu internen Qualitätssicherung (z.B. Fort- und Weiterbildung, Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Qualitätszirkel, Beschwerdemanagement, Pflegevisite, Fallkonferenzen, klinisches Ethikkomitee o.ä., wissenschaftliche Beratung)?

15. Ist Ihr Pflegedienst zertifiziert?

- ja, seit _____ nach: _____
 nein, aber Zertifizierung ist geplant
 nein

16. Arbeiten Sie nach einem Qualitätsmanagementsystem?

- ja, seit _____ nach: _____
 nein, aber die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems ist geplant
 nein

17. Arbeiten Sie mit anderen Einrichtungen eng zusammen? Gibt es institutionalisierte Kooperationen (z.B. vertragliche Vereinbarung, regelmäßige Treffen)?

- nein ja (bitte beschreiben Sie Inhalt und Form der Kooperation)

Die folgende Frage bezieht sich auf das Schnittstellenmanagement. Mit Schnittstellenmanagement sind Aktivitäten zur Vernetzung von an der pflegerischen Versorgung eines Patienten/Bewohners beteiligten Institutionen, Berufsgruppen oder Dienste zum Zwecke der besseren Koordination und Abstimmung gemeint.

18. In welchen Bereichen führen Sie ein Schnittstellenmanagement durch?

- kein Schnittstellenmanagement
 Schnittstelle ambulant - Krankenhaus durch _____
 Schnittstelle ambulant – Altenpflegeeinrichtung _____
 andere Schnittstellen _____ durch _____

19. Wo sehen Sie die größten Herausforderungen für Ihren Pflegedienst?

20. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie für ein vertiefendes Telefoninterview zu einzelnen Themen dieser Befragung im Umfang von max. 30 min zur Verfügung stehen würden? Wären Sie dazu bereit?

- ja nein
 Falls ja: Wie können wir am besten mit Ihnen Kontakt aufnehmen?

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragebogen für Einrichtungen der Stationären Behindertenhilfe im Land Bremen

1. Wer ist der Träger Ihrer Einrichtung?

2. Was ist das Besondere Ihrer Einrichtung in pflegerischer Hinsicht? Wo liegen diesbezüglich Ihre besonderen Stärken? Sind Sie in bestimmten pflegerischen Bereichen richtungsweisend oder vorbildlich? Welche fachlichen pflegerischen Schwerpunkte haben Sie? (bitte benutzen Sie ggfs. ein gesondertes Blatt)

Bitte beantworten Sie nun die Fragen nur zu Ihrem pflegerischen Personal

3 Wie viele Beschäftigte arbeiten in Ihrer Einrichtung in der Pflege?

Examierte Altenpflegekräfte

weibliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt

männliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt

Examierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte

weibliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt

männliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt

Examierte Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte

weibliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt

männliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt

Examierte Kranken- und Altenpflegehelfer (einjährige Ausbildung)

weibliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt

männliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt

Bitte beziehen Sie die folgenden Fragen nur auf die Beschäftigten mit einer der o.g. Ausbildungen!

4. Welche Altersstruktur weist Ihr pflegerisches Personal auf?

___ sind unter 20 Jahre alt

___ sind zwischen 40 und 49 Jahre alt

___ sind zwischen 20 und 29 Jahre alt

___ sind zwischen 50 und 59 Jahre alt

___ sind zwischen 30 und 39 Jahre alt

___ sind 60 Jahre alt oder älter

5. Wie viele in der Pflege tätige Beschäftigte haben einen Migrationshintergrund?

___ ist/sind Migrant/inn/en aus: _____

___ ist/sind Migrant/inn/en aus: _____

6. Wie lange arbeiten die in der Pflege tätigen Beschäftigten in Ihrer Einrichtung?

___ arbeiten seit weniger als 2 Jahren bei uns

___ arbeiten zwischen 2 und 5 Jahren bei uns

___ arbeiten zwischen 5 und 10 Jahren bei uns

___ arbeiten seit mehr als 10 Jahren bei uns

7. Wie hoch ist der Anteil der zwei- und dreijährig ausgebildeten Pflegekräfte in Ihrer Einrichtung, die jährlich mindestens 10 Fortbildungsstunden absolvieren?

etwa _____ %

Zu welchen pflegebezogenen Themen bieten Sie in Ihrer Einrichtung Fortbildungen an? (Bitte geben Sie den Stundenumfang in Klammern an)

8. Über welche Weiterbildungen (mit einer Dauer von mind. 200 h)¹⁶ verfügen Ihre in der Pflege tätigen Beschäftigten?

___ haben eine Weiterbildung absolviert als _____

___ haben eine Weiterbildung absolviert als _____

___ haben ein Studium absolviert in _____

Bitte beantworten Sie nun noch die Fragen zu Ihrer Einrichtung.

9. Erfolgt die Entlohnung der Pflegenden in Ihrer Einrichtung auf Grundlage eines Tarifvertrags?

ja, nach folgendem Tarif (z. B. Haustarif, TVL) _____

nein, aber es besteht eine schriftlich fixierte Entgeltstruktur ja nein

Welchen Stundenlohn kann eine examinierte Pflegekraft bei Ihnen in der Endstufe erhalten?

Ca. _____ Euro

10. Haben Sie eine Interessenvertretung in Ihrer Einrichtung?

nein

Betriebsrat

Schwerbehindertenvetretung

11. In welchen Bereichen arbeiten Sie nach Nationalen Expertenstandards?

Dekubitusprophylaxe Entlassungsmanagement

Schmerzmanagement Sturzprophylaxe

Kontinenzförderung Pflege von Menschen mit chronischen Wunden

Weitere hauseigene Standards, z. B. _____

¹⁶ Damit sind sowohl die Fachweiterbildungen nach Bremischer Fachweiterbildungsordnung als auch alle anderen fachbezogenen Bildungsmaßnahmen mit einem Stundenumfang >200 Stunden gemeint.

Die folgende Frage bezieht sich auf das Schnittstellenmanagement. Mit Schnittstellenmanagement sind Aktivitäten zur Vernetzung von an der pflegerischen Versorgung eines Patienten/Bewohners beteiligten Institutionen, Berufsgruppen oder Dienste zum Zwecke der besseren Koordination und Abstimmung gemeint.

12. In welchen Bereichen führen Sie ein Schnittstellenmanagement durch?

- kein Schnittstellenmanagement
Schnittstelle Stationäre Behindertenhilfe - Krankenhaus durch
andere Schnittstellen durch

13. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie für ein vertiefendes Telefoninterview zu einzelnen Themen dieser Befragung im Umfang von max. 30 min zur Verfügung stehen würden? Wären Sie dazu bereit?

- ja nein

Falls ja: Wie können wir am besten mit Ihnen Kontakt aufnehmen?

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragebogen für Tagespflegeeinrichtungen im Land Bremen

1. Wer ist der Träger Ihrer Einrichtung?

2. Was ist das Besondere Ihrer Einrichtung? Wo liegen Ihre besonderen Stärken? Sind Sie in bestimmten Bereichen richtungsweisend oder vorbildlich? Welche fachlichen Schwerpunkte haben Sie? (bitte benutzen Sie ggfs. ein gesondertes Blatt)

Bitte beantworten Sie nun die Fragen zu Ihrem Personal

3 Wie viele Beschäftigte arbeiten in Ihrer Einrichtung?

Examinierte Altenpflegekräfte

weibliche Pflegekräfte Vollzeit Teilzeit > 50 % geringfügig beschäftigt
männliche Pflegekräfte Vollzeit Teilzeit > 50 % geringfügig beschäftigt

Examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte

weibliche Pflegekräfte Vollzeit Teilzeit > 50 % geringfügig beschäftigt
männliche Pflegekräfte Vollzeit Teilzeit > 50 % geringfügig beschäftigt

Examinierte Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte

weibliche Pflegekräfte Vollzeit Teilzeit > 50 % geringfügig beschäftigt
männliche Pflegekräfte Vollzeit Teilzeit > 50 % geringfügig beschäftigt

Examinierte Kranken- und Altenpflegehelfer (einjährige Ausbildung)

weibliche Pflegekräfte Vollzeit Teilzeit > 50 % geringfügig beschäftigt
männliche Pflegekräfte Vollzeit Teilzeit > 50 % geringfügig beschäftigt

Un- und angelernte Beschäftigte

weibliche Pflegekräfte Vollzeit Teilzeit > 50 % geringfügig beschäftigt
männliche Pflegekräfte Vollzeit Teilzeit > 50 % geringfügig beschäftigt

Zivildienstleistende, FSJ-ler, Schüler,...

weibliche Pflegekräfte männliche Pflegekräfte

Haben weitere Personen mit einer anderen Ausbildung Betreuungsaufgaben in Ihrer Einrichtung?

- nein ja, und zwar (bitte Anzahl der Personen mit Stundenumfang und Art der Aufgaben angeben; bitte benutzen Sie ggfs. ein gesondertes Blatt):

Wie viele Praxisanleiter/Mentoren mit pädagogischer Zusatzqualifikation sind derzeit für die Praxisanleitung der in Ihrer Einrichtung eingesetzten Schüler zuständig?

Praxisanleiter, davon teilweise oder vollständig freigestellt

Bitte beziehen Sie die folgenden Fragen nur auf die in der Pflege tätigen Beschäftigten!

4. Welche Altersstruktur weist Ihr Personal auf?

sind unter 20 Jahre alt sind zwischen 40 und 49 Jahre alt
sind zwischen 20 und 29 Jahre alt sind zwischen 50 und 59 Jahre alt
sind zwischen 30 und 39 Jahre alt sind 60 Jahre alt oder älter

5. Wie viele in der Pflege tätige Beschäftigte haben einen Migrationshintergrund?

ist/sind Migrant/inn/en aus:
ist/sind Migrant/inn/en aus:
ist/sind Migrant/inn/en aus:

6. Wie lange arbeiten die in der Pflege tätigen Beschäftigten in Ihrer Einrichtung?

arbeiten seit weniger als 2 Jahren bei uns arbeiten zwischen 2 und 5 Jahren bei uns
arbeiten zwischen 5 und 10 Jahren bei uns arbeiten seit mehr als 10 Jahren bei uns

7. Wie hoch ist der Anteil der zwei- und dreijährig ausgebildeten Pflegekräfte in Ihrer Einrichtung, die jährlich mindestens 10 Fortbildungsstunden absolvieren?

etwa %

Zu welchen pflegebezogenen Themen bieten Sie in Ihrer Einrichtung Fortbildungen an? (Bitte geben Sie den Stundenumfang in Klammern an)

8. Über welche Weiterbildungen (mit einer Dauer von mind. 200 h)¹⁷ verfügen Ihre in der Pflege tätigen Beschäftigten?

- haben eine Fachweiterbildung als Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege
 haben eine Weiterbildung absolviert als _____
 haben eine Weiterbildung absolviert als _____
 haben eine Weiterbildung absolviert als _____
 haben ein Studium absolviert in _____

9. Wie viele Personen lassen sich den folgenden Positionen zuordnen?

- Leitungsposition davon Frauen: _____
 Direkte Pflege davon Frauen: _____
 davon abgeschlossene zwei- oder dreijährige pflegerische Ausbildung: _____ Männer _____ Frauen
 Soziale Betreuung davon Frauen: _____
 andere: _____ davon Frauen: _____

Bitte beantworten Sie nun noch die Fragen zu Ihrer Einrichtung.

10. Erfolgt die Entlohnung in Ihrer Einrichtung auf Grundlage eines Tarifvertrags?

- ja, nach folgendem Tarif (z. B. Haustarif, TVL) _____
 nein, aber es besteht eine schriftlich fixierte Entgeltstruktur ja nein
 Welchen Stundenlohn kann eine examinierte Pflegekraft bei Ihnen in der Endstufe erhalten? Ca. _____ Euro

11. Haben Sie eine Interessenvertretung in Ihrer Einrichtung?

- nein
 Betriebsrat
 Schwerbehindertenvertretung

12. In welchen Bereichen arbeiten Sie nach Nationalen Expertenstandards?

- Dekubitusprophylaxe Entlassungsmanagement
 Schmerzmanagement Sturzprophylaxe
 Kontinenzförderung Pflege von Menschen mit chronischen Wunden
 Weitere hauseigene Standards, z. B. _____

13. Welche Maßnahmen ergreifen Sie zu internen Qualitätssicherung (z.B. Fort- und Weiterbildung, Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Qualitätszirkel, Beschwerdemanagement, Pflegevisite, Fallkonferenzen, klinisches Ethikkomitee o.ä., wissenschaftliche Beratung)?

14. Ist Ihre Einrichtung zertifiziert?

- ja, seit _____ nach: _____
 nein, aber Zertifizierung ist geplant
 nein

15. Arbeiten Sie nach einem Qualitätsmanagementsystem?

- ja, seit _____ nach: _____
 nein, aber die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems ist geplant
 nein

16. Arbeiten Sie mit anderen Einrichtungen eng zusammen? Gibt es institutionalisierte Kooperationen (z.B. vertragliche Vereinbarung, regelmäßige Treffen)?

- nein ja (bitte beschreiben Sie Inhalt und Form der Kooperation)

Die folgende Frage bezieht sich auf das Schnittstellenmanagement. Mit Schnittstellenmanagement sind Aktivitäten zur Vernetzung von an der pflegerischen Versorgung eines Patienten/Bewohners beteiligten Institutionen, Berufsgruppen oder Dienste zum Zwecke der besseren Koordination und Abstimmung gemeint.

17. In welchen Bereichen führen Sie ein Schnittstellenmanagement durch?

- kein Schnittstellenmanagement
 Schnittstelle Tagespflege – Krankenhaus durch _____
 Schnittstelle Tagespflege – ambulante Pflegedienste durch _____
 andere Schnittstellen _____ durch _____

18. Wo sehen Sie die größten Herausforderungen für Ihre Einrichtung?

19. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie für ein vertiefendes Telefoninterview zu einzelnen Themen dieser Befragung im Umfang von max. 30 min zur Verfügung stehen würden? Wären Sie dazu bereit?

- ja nein

Falls ja: Wie können wir am besten mit Ihnen Kontakt aufnehmen?

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

¹⁷ Damit sind sowohl die Fachweiterbildungen nach Bremischer Fachweiterbildungsordnung als auch alle anderen fachbezogenen Bildungsmaßnahmen mit einem Stundenumfang >200 Stunden gemeint.

Fragebogen für stationäre Hospize im Land Bremen

1. Wer ist der Träger Ihrer Einrichtung?

2. Was ist das Besondere Ihrer Einrichtung? Wo liegen Ihre besonderen Stärken? Sind Sie in bestimmten Bereichen richtungsweisend oder vorbildlich? (bitte benutzen Sie ggfs. ein gesondertes Blatt)

Bitte beantworten Sie nun die Fragen zu Ihrem Personal

3 Wie viele Beschäftigte arbeiten in Ihrer Einrichtung?

Examierte Altenpflegekräfte

weibliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt
 männliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt

Examierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte

weibliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt
 männliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt

Examierte Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte

weibliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt
 männliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt

Examierte Kranken- und Altenpflegehelfer (einjährige Ausbildung)

weibliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt
 männliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt

Un- und angelernte Beschäftigte

weibliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt
 männliche Pflegekräfte ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt

Zivildienstleistende, FSJ-ler, Schüler,...

weibliche Pflegekräfte ___ männliche Pflegekräfte ___

Haben weitere Personen mit einer anderen Ausbildung Betreuungsaufgaben in Ihrer Einrichtung?

nein ja, und zwar (bitte Anzahl der Personen mit Stundenumfang und Art der Aufgaben angeben; bitte benutzen Sie ggfs. ein gesondertes Blatt):

Bitte beziehen Sie die folgenden Fragen nur auf die in der Pflege tätigen Beschäftigten!

4. Welche Altersstruktur weist Ihr Personal auf?

___ sind unter 20 Jahre alt ___ sind zwischen 40 und 49 Jahre alt
 ___ sind zwischen 20 und 29 Jahre alt ___ sind zwischen 50 und 59 Jahre alt
 ___ sind zwischen 30 und 39 Jahre alt ___ sind 60 Jahre alt oder älter

5. Wie viele in der Pflege tätige Beschäftigte haben einen Migrationshintergrund?

___ ist/sind Migrant/inn/en aus: _____
 ___ ist/sind Migrant/inn/en aus: _____

6. Wie lange arbeiten die in der Pflege tätigen Beschäftigten in Ihrer Einrichtung?

___ arbeiten seit weniger als 2 Jahren bei uns ___ arbeiten zwischen 2 und 5 Jahren bei uns
 ___ arbeiten zwischen 5 und 10 Jahren bei uns ___ arbeiten seit mehr als 10 Jahren bei uns

7. Wie hoch ist der Anteil der zwei- und dreijährig ausgebildeten Pflegekräfte in Ihrer Einrichtung, die jährlich mindestens 10 Fortbildungsstunden absolvieren?

etwa _____ %

Zu welchen pflegebezogenen Themen bieten Sie in Ihrer Einrichtung Fortbildungen an? (Bitte geben Sie den Stundenumfang in Klammern an)

8. Über welche Weiterbildungen (mit einer Dauer von mind. 200 h)¹⁸ verfügen Ihre in der Pflege tätigen Beschäftigten?

___ haben eine Weiterbildung absolviert als _____
 ___ haben eine Weiterbildung absolviert als _____
 ___ haben eine Weiterbildung absolviert als _____
 ___ haben ein Studium absolviert in _____

9. Wie viele Personen lassen sich den folgenden Positionen zuordnen?

___ Leitungsposition (PDL+Stellvertr.) davon Frauen: _____
 ___ mittleres Management (Abteilungsleitung) davon Frauen: _____
 ___ Stabsstelle davon Frauen: _____
 ___ direkte Pflege davon Frauen: _____
 davon abgeschlossene zwei- oder dreijährige pflegerische Ausbildung: _____ Männer _____ Frauen
 ___ soziale Betreuung davon Frauen: _____

Bitte beantworten Sie nun noch die Fragen zu Ihrer Einrichtung.

10. Erfolgt die Entlohnung in Ihrer Einrichtung auf Grundlage eines Tarifvertrags?

ja, nach folgendem Tarif (z. B. Haustarif, TVL) _____
 nein, aber es besteht eine schriftlich fixierte Entgeltstruktur ja nein

Welchen Stundenlohn kann eine examinierte Pflegekraft bei Ihnen in der Endstufe erhalten? Ca. _____ Euro

¹⁸ Damit sind sowohl die Fachweiterbildungen nach Bremischer Fachweiterbildungsordnung als auch alle anderen fachbezogenen Bildungsmaßnahmen mit einem Stundenumfang >200 Stunden gemeint.

11. Haben Sie eine Interessenvertretung in Ihrer Einrichtung?

- nein
 Betriebsrat
 Schwerbehindertenvetretung

12. In welchen Bereichen arbeiten Sie nach Pflegestandards? Bitte spezifizieren Sie jeweils den Standard (z.B. Nationaler Expertenstandard, hauseigener Standard)

Bereich: _____

13. Welche Maßnahmen ergreifen Sie zu internen Qualitätssicherung (z.B. Fort- und Weiterbildung, Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Qualitätszirkel, Beschwerdemanagement, Pflegevisite, Fallkonferenzen, klinisches Ethikkomitee o.ä., wissenschaftliche Beratung)?**14. Ist Ihre Einrichtung zertifiziert?**

- ja, seit _____ nach: _____
 nein, aber Zertifizierung ist geplant
 nein

15. Arbeiten Sie nach einem Qualitätsmanagementsystem?

- ja, seit _____ nach: _____
 nein, aber die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems ist geplant
 nein

16. Arbeiten Sie mit anderen Einrichtungen eng zusammen? Gibt es institutionalisierte Kooperationen (z.B. vertragliche Vereinbarung, regelmäßige Treffen)?

- nein ja (bitte beschreiben Sie Inhalt und Form der Kooperation)

Die folgende Frage bezieht sich auf das Schnittstellenmanagement. Mit Schnittstellenmanagement sind Aktivitäten zur Vernetzung von an der pflegerischen Versorgung eines Patienten/Bewohners beteiligten Institutionen, Berufsgruppen oder Dienste zum Zwecke der besseren Koordination und Abstimmung gemeint.

17. In welchen Bereichen führen Sie ein Schnittstellenmanagement durch?

- kein Schnittstellenmanagement
 Schnittstelle Hospiz – Krankenhaus durch _____
 Schnittstelle Hospiz – ambulante Pflegedienste durch _____
 andere Schnittstellen _____ durch _____

18. Wo sehen Sie die größten Herausforderungen für Ihre Einrichtung?**19. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie für ein vertiefendes Telefoninterview zu einzelnen Themen dieser Befragung im Umfang von max. 30 min zur Verfügung stehen würden? Wären Sie dazu bereit?**

- ja nein

Falls ja: Wie können wir am besten mit Ihnen Kontakt aufnehmen?

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragebogen für Pflegeschulen im Land Bremen**Altenpflege; Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege; Staatl. Berufsschulen - Abschnitt 1: Allgemeiner Teil****1. Welche pflegebezogenen Bildungsgänge bieten Sie an?**

2. Wie viele Lehrpersonen sind in den von Ihnen angebotenen pflegebezogenen Bildungsgängen beschäftigt?
 ___ Vollzeit ___ Teilzeit ___ > 50 % ___ geringfügig beschäftigt ___ Lehrbeauftragte

3. Über welche Qualifikationen verfügen die bei Ihnen fest angestellten Lehrpersonen, die in den pflegebezogenen Bildungsgängen unterrichten?

- ___ Lehramtsstudium Universität und Referendariat (2. Staatsexamen LA berufliche Schulen)
 ___ Lehramtsstudium Universität (1. Staatsexamen LA berufliche Schulen)
 ___ Pflegepädagogischer FH - Abschluss
 ___ Pflegepädagogische Fachweiterbildung
 ___ Anderes Studium, nämlich: _____
 ___ Andere Qualifikation, nämlich _____

4. Wie alt sind die Lehrpersonen Ihrer Einrichtung?

___ sind jünger als 30 Jahre ___ sind zwischen 30 und 40 Jahre alt
 ___ sind zwischen 40 und 50 Jahre alt ___ sind älter als 50 Jahre

Erhalten alle fest angestellten Lehrpersonen in Ihrer Einrichtung dieselbe tarifliche Eingruppierung?

___ **Ja**, nämlich: TVÖD: _____
 A: _____
 Haustarif: _____

___ **Nein** (bitte beschreiben Sie nachfolgend die Eingruppierung nach Qualifikation / Funktion und ordnen Sie die tarifliche Eingruppierung zu!)

Qualifikation / Funktion: _____ Tarif: _____
 Qualifikation / Funktion: _____ Tarif: _____

5. Sind die bei Ihnen fest angestellten Lehrpersonen auch in der Fort- und Weiterbildung aktiv?

Ja – sie übernehmen dort folgende Aufgaben:

Nein

6. Welche Maßnahmen ergreifen Sie zur internen Qualitätssicherung (z. B. Fort- und Weiterbildung der Lehrpersonen, Qualitätszirkel, wissenschaftliche Beratung)?**7. Welche innovativen didaktischen Konzepte haben Sie in den letzten Jahren implementiert?****Abschnitt 2: Spezieller Teil**

Bitte füllen Sie nachfolgende Fragen immer pro Bildungsgang gesondert aus. Kopieren Sie dazu die Vorlage entsprechend der Anzahl Ihrer angebotenen Bildungsgänge. Vielen Dank!

8. Die Beantwortung der Fragen bezieht sich auf folgenden Bildungsgang:**9. Wie viele Auszubildende haben Sie derzeit in diesem Bildungsgang?**

_____ davon _____ Schülerinnen und _____ Schüler

10. Wie viele Schülerinnen und Schüler haben einen Migrationshintergrund?

_____ ist/sind Migrant/inn/en aus: _____

_____ ist/sind Migrant/inn/en aus: _____

11. Welchen Schulabschluss haben die Schülerinnen und Schüler dieses Bildungsgangs derzeit?

haben das Abitur

haben die Fachhochschulreife

haben die Mittlere Reife

haben einen anderen Schulabschluss, nämlich: _____

12. Wie viele Schülerinnen und Schüler sind Umschüler/-innen?

__ Personen, davon sind __ Personen Selbstzahler und bei __ Personen werden die Kosten von der Agentur für Arbeit übernommen

13. Wie viele Schülerinnen und Schüler wohnten zum Zeitpunkt der Bewerbung außerhalb von Bremen?

_____ Schülerinnen und Schüler

14. In welchem Alter sind Ihre Schülerinnen und Schüler?

_____ sind jünger als 20 Jahre _____ sind zwischen 20 und 25 Jahren _____ sind zwischen 26 und 30 Jahren

_____ sind zwischen 31 und 40 Jahren _____ sind älter als 40 Jahre

15. Wie viele Personen haben sich im letzten Jahr für diesen Bildungsgang beworben?

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragebogen für Fragebogen für Anbieter von pflegebezogenen Fort- und Weiterbildungen im Land Bremen

Teil 1: Weiterbildung nach der staatlichen Fachweiterbildungsordnung im Lande Bremen

1. Welche pflegebezogenen Weiterbildungsangebote bieten Sie an?

FachpflegerIn für Psychiatrie für max. _____ TeilnehmerInnen

FachpflegerIn für Onkologie für max. _____ TeilnehmerInnen

FachpflegerIn für den Operationsdienst für max. _____ TeilnehmerInnen

FachpflegerIn für Intensivpflege und Anästhesie für max. _____ TeilnehmerInnen

Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege für max. _____ TeilnehmerInnen

2. Wie viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben Sie derzeit in Weiterbildungsmaßnahmen?

_____ davon _____ Frauen und _____ Männer

3. Wie viele TeilnehmerInnen der Weiterbildungen sind von intern und wie viele von extern?

Intern: _____ TeilnehmerInnen

Extern: _____ TeilnehmerInnen

4. Wie viele TeilnehmerInnen haben einen Migrationshintergrund?

_____ ist/sind Migrant/inn/en aus: _____

_____ ist/sind Migrant/inn/en aus: _____

11. In welchem Alter sind ihre Teilnehmerinnen und Teilnehmer?

_____ sind zwischen 20 und 25 Jahren _____ sind zwischen 26 und 30 Jahren _____ sind zwischen 31 und 40 Jahren

_____ sind zwischen 40 und 50 Jahren _____ sind älter als 40 Jahre

12. Bitte geben Sie an, wieviele Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Weiterbildungen die Kosten durch ihren Arbeitgeber voll oder teilweise finanziert bekommen oder Selbstzahler sind

_____ erhalten eine komplette Übernahme der Kosten durch den Träger

_____ erhalten eine Teilübernahme der Kosten durch den Träger

_____ tragen die Kosten selbst

13. Bitte geben Sie an, wie viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Weiterbildungen teilweise oder vollständig freigestellt sind oder komplett die Zeit selbst aufbringen

_____ sind komplett freigestellt _____ sind teilweise freigestellt
 _____ bringen die Zeit vollständig selbst auf (durch Urlaub bzw. Freizeit)

Teil 2: Fortbildungen und Weiterbildung, die nicht nach der staatlichen Fachweiterbildungsordnung im Lande Bremen organisiert sind

14. Zu welchen pflegebezogenen Themen bieten Sie Bildungsangebote an, die nicht nach der staatlichen Fachweiterbildungsordnung im Lande Bremen organisiert worden sind?

a: Weiter- / Fortbildungen mit einem Stundenumfang > 200 Stunden (bitte den Stundenumfang in Klammer mit angeben, ggf. extra Blatt verwenden):
 b: Weiter- / Fortbildungen mit einem Stundenumfang < 200 Stunden (bitte den Stundenumfang in Klammer mit angeben, ggf. extra Blatt verwenden):

15. Welche Weiter- / Fortbildungen werden davon am stärksten besucht?

a: Weiter- / Fortbildungen mit einem Stundenumfang > 200 Stunden:
 b: Weiter- / Fortbildungen mit einem Stundenumfang < 200 Stunden:

16. Wieviele Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben Sie im letzten Jahr geschult?

a. bei Weiter- / Fortbildungen > 200 Stunden: _____, _____ davon kamen von extern _____ Teilnehmerinnen und Teilnehmer
 b. bei Weiter- / Fortbildungen < 200 Stunden: _____, _____ davon kamen von extern _____ Teilnehmerinnen und Teilnehmer

17. Wie viele TeilnehmerInnen haben einen Migartionshintergrund?

a. bei Weiter- / Fortbildungen > 200 Stunden
 _____ ist/sind Migrant/inn/en aus: _____
 _____ ist/sind Migrant/inn/en aus: _____
 b. bei Weiter- / Fortbildungen < 200 Stunden
 _____ ist/sind Migrant/inn/en aus: _____
 _____ ist/sind Migrant/inn/en aus: _____

Teil 3: Allgemeines

1. Wie viele Lehrpersonen unterrichten in den pflegebezogenen Fort- und Weiterbildungsangeboten?

_____ Vollzeit _____ Teilzeit _____ > 50 % _____ geringfügig beschäftigt _____ Lehrbeauftragte

2. Über welche Qualifikationen verfügen die bei Ihnen fest angestellten Lehrpersonen, die in den pflegebezogenen Fort- und Weiterbildungsangeboten tätig sind?

_____ Lehramtsstudium Universität und Referendariat (2. Staatsexamen LA berufliche Schulen)
 _____ Lehramtsstudium Universität (1. Staatsexamen LA berufliche Schulen)
 _____ Pflegepädagogischer FH - Abschluss
 _____ Pflegepädagogische Fachweiterbildung
 _____ Anderes Studium, nämlich: _____
 _____ Andere Qualifikation, nämlich _____

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragebogen für Hochschulen im Land Bremen

1. Welche pflegebezogenen Studiengänge bieten Sie an? (Bitte füllen Sie für jedes Bildungsangebot einen eigenen Bogen aus)

Der folgende Fragebogen bezieht sich auf den Studiengang: _____

2. Wie viele Studienplätze haben Sie in diesem Studiengang?

3. Wie viele Studienplätze sind derzeit besetzt?

_____ davon _____ mit Studentinnen und _____ mit Studenten

4. Wie viele Studentinnen und Studenten haben einen Migrationshintergrund?

_____ ist/sind Migrant/inn/en aus: _____
 _____ ist/sind Migrant/inn/en aus: _____
 _____ ist/sind Migrant/inn/en aus: _____

5. Wie viele hauptamtlich Lehrende (ohne Mittelbau) sind in diesem Studiengang tätig? _____

6. Welche Forschungsschwerpunkte haben die Professorinnen und Professoren?

7. Welche Transferaktivitäten in die Region Bremen und Bremerhaven tätigen die Professoren der pflegebezogenen Studiengänge?

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

2. Ergebnisse Fragebögen

Statistische Auswertung der Befragung zur Pflege in Bremen - Krankenhäuser

Rücklauf: 9 Fragebögen von 15; Rücklaufquote 60,0 %

Träger:

Privat	1	11,2 %
öffentlich	4	44,4 %
Freigemeinnützig	4	44,4 %

Profile / Besonderheiten des Krankenhauses

KH A

- Wundzentrum
- Kontinenzzentrum
- Breast Nurse
- Expertenstandards
- Palliativausbildung
- Geburtshilfe: Stillforderndes Krankenhaus
- Fehlermanagement: Critical Reporting System
- Personalentwicklung: Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf den Pflegebereich

KH B

- Arbeit nach Pflegeetheorie von D. Orem
- Umsetzung aller Expertenstandards

KH C: Keine Angabe

KH D

- Pflegeexpertinnen mit Kenntnissen in Naturheilverfahren
- Expertenstandard Schmerz, Dekubitus, chron. Wunden
- Onkol. Fachkrankenschwester im Brustzentrum

KH E

- Bereichspflege
- Interdisziplinäre Fallbesprechungen
- Case Management (?)

KH F

- Brustzentrum
- Stroke Unit
- Erst- und Akutversorgung von Schwerstverletzten
- Geriatrie

KH G

- integrative Ansatz von intensivpflegerischen und rehabilitativen Anteilen in der Frühreha Neurologie und der Beatmungs- und Weaningstation
- interdisziplinäre Wahlleistungsstation Somatik und Psychiatrie mit insgesamt 6 Fachrichtungen
- thoraxchirurgische Intermediate-Care-Einheit
- interdisziplinäre Teamarbeit mit rehabilitativer Pflege in der Geriatrie
- Zuständigkeit für Behandlung und Pflege der TBC-Patientinnen für Bremen und Umland
- Interdisziplinäre somatische zentrale Aufnahmestation für fünf Fachbereiche

KH H

Orientierung am Klinikleitbild (z.B. qualifizierte, wirtschaftliche Leistungen, Unterstützung der Patientinnen und Angehörigen auf dem Weg zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise, reibungslose Überleitung in die weitere Versorgung), Orientierung der MitarbeiterInnen am entwickelten Pflegeverständnis (z. B. Sicherung der Pflegequalität durch Qualitätsentwicklung)

KH J

Pflege und Betreuung von Palliativpatientinnen

Gesamtzahl Pflegekräfte (männlich/weiblich)

Vollzeit	1705	44,9 %
Teilzeit	2052	54,0 %
geringfügig Beschäftigte	44	1,2 %

Verhältnis Examinierte Pflegekräfte, PflegehelferInnen, Un- und Angelernte (nur Vollzeitkräfte)

Examinierte Pflegekräfte	97,3 %
Pflegehelfer	0,8 %
Un- und Angelernte	1,8 %

Altersstruktur des Personals

Unter 20	63
20-29	842
30-39	1102
40-49	1798
50-59	1084
60+	110

Migrationshintergrund des Pflegepersonals

Drei Krankenhäuser machen diesbezüglich keine Angaben. Da die Länder sehr unterschiedlich systematisiert werden, lässt sich lediglich folgende Angabe zu den Herkunftsländern machen: Die meisten Pflegenden mit Migrationshintergrund kommen aus Osteuropa (einschl. Polen und ehem. Sowjetunion) oder aus Südeuropa (einschl. Türkei).

Beschäftigungsdauer

< 2 Jahre	467
2-5 Jahre	461
5-10 Jahre	779
10 Jahre +	2769

Anteil mit Fortbildung mind. 10 Stunden: (Anzahl Nennungen; Frage wurde von 2 Krankenhäusern nicht beantwortet)

k.A.	3
0-9	
10-19	
20-29	
30-39	
40-49	1
50-59	
60-69	
70-79	1
80-89	
90-100	4

Fortbildungsangebot der Einrichtung

Die teilnehmenden Krankenhäuser bieten eine Vielzahl von Fortbildungen zu einer breiten Palette an Themen an. Da die Krankenhäuser die Frage nur exemplarisch beantwortet haben, können differenziertere Aussagen nicht getroffen werden.

Personen mit Fachweiterbildungen

Intensivpflege	328
Onkologie	65
OP-Dienst	103
Psychiatrie	53
Leitungsaufgaben in der Pflege	123

Positionen

	gesamt	Davon weiblich	in Prozent
Geschäftsführung Pflege	7	4	57,1
Pflegedienstleitung (PDL/KPL)	29	21	72,4
Mittleres Management (Stationsleitung)	225	170	75,5
Stabsstelle	17	14	82,4

Entlohnung auf Grundlage eines Tarifvertrags

Ja	9
----	---

Stundenlohn in Endstufe reicht von 13,00 € bis 16,00 €, durchschnittlich 14,71 €

Interessenvertretung: Betriebsrat in 8 Krankenhäusern, Schwerbehindertenvertretung in 6 Krankenhäusern.

Pflegerische Angebote (Anzahl der Krankenhäuser, die „ja“ angekreuzt haben)

Kurzzeitpflege	3
----------------	---

Arbeit nach Nationalen Expertenstandards in den folgenden Bereichen (Anzahl der Krankenhäuser, die „ja“ angekreuzt haben)

Dekubitusprophylaxe	8	88,9 %
Schmerzmanagement	3	33,3 %
Kontinenzförderung	7	77,8 %
Entlassungsmanagement	5	55,6 %
Sturzprophylaxe	8	88,9 %
Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	7	77,8 %
Weitere hauseigene Standards	4	44,4 %

Die Krankenhäuser haben vielfältige hauseigene Standards, eine Einrichtung gibt beispielsweise 100 spezielle Standards in allen Abteilungen an.

Im Mittel werden 4,22 Expertenstandards verwendet (ohne hauseigene Standards):

Anzahl verwendeter Standards (ohne hauseigene Standards, bis zu 6 mögliche)

0	1
1	0
2	0
3	2
4	1
5	2
6	3

Qualitätssicherung und Zertifizierung

7 Krankenhäuser geben an, dass sie Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung betreiben.

Zertifizierung:

Ja	6
Nein, aber geplant	2
Nein	1
Keine Angabe	0

Angaben zum Zertifizierungssystem wurden von drei Krankenhäusern gemacht:

- KTQ und Beruf und Familie
- KTQ
- KTQ, ProCum Cert, Qualitätssiegel Geriatrie, NISZert, Brustzentrum nach Eusana akkreditiert

Arbeit nach einem Qualitätsmanagementsystem:

Ja	5
Nein, aber geplant	3
Nein	1
Keine Angabe	0

Zum QM-System äußert sich nur ein Krankenhaus. Es orientiert sich an der DIN EN ISO 9001: 2000.

Kooperation mit anderen Einrichtungen

Alle Krankenhäuser geben an, dass sie institutionalisierte Kooperationen mit anderen Einrichtungen pflegen.

1. Kooperationen mit einzelnen anderen Institutionen der Gesundheitsversorgung, Schulen, Hochschulen u.ä.
2. Arbeitskreise, die der Qualitätssicherung dienen, freie Kliniken Bremen

Eine Klinik gibt an, ein integriertes Versorgungskonzept zu haben (Paracelsus-Klinik).

Schnittstellenmanagement

Neun Krankenhäuser geben an, dass sie ein Schnittstellenmanagement durchführen. Bei sechs davon wird das Schnittstellenmanagement durch den Sozialdienst bzw. einer Pflegeüberleitungsstelle durchgeführt. Eines davon führt außerdem Verlegungsvisiten bei ambulanter Heimbeatmung durch. Ein Krankenhaus gibt an, ein Case-Management zu haben.

Größte Herausforderungen

Jeweils drei Einrichtungen nennen folgende Punkte:

1. Neue Kooperationsformen zwischen pflegerischem und ärztlichen Personal
2. Professionelle und qualitativ hochwertige Pflege trotz sinkender finanzieller Ressourcen

Vereinzelt wurden genannt: Umsetzung von Entlassungs- und Case-Management (2), Prozessoptimierung (1), Einführung der Primären Pflege (1), Umsetzung Palliative Care (1)

Ergebnisse der Befragung zur Pflege in Bremen - Stationäre Altenpflege

Rücklauf: 64 Fragebögen von 79; Rücklaufquote 81,0 %

Träger:

freigemeinnützig	41	64,1 %
privat	19	29,7 %
Keine Angabe	4	6,2 %

Profile / Besonderheiten der Pflegedienste

Neben den eher traditionellen Altenheimen existieren in Bremen eine Reihe von Stiftungsdörfern u.ä., die verschiedene Wohnformen integrieren und außerdem zahlreiche Verbindungen zu anderen stadtteilbezogenen Einrichtungen haben, wie z. B. die Stiftungsdörfer der Bremer Heimstiftung. Außerdem lassen sich die Angebote im Bereich der Altenhilfe nach Grad der Selbständigkeit der alten Menschen abstufen, z. B. Wohnen mit Service, ambulante Wohngemeinschaften, Hausgemeinschaften, Alten- und Pflegeheim.

Als Besonderheiten halten die stationären Altenpflegeeinrichtungen für erwähnenswert (>5): Wohnen in Hausgemeinschaften und mit Wohnküchenkonzept, Stadteitarbeit, enge Kooperation mit Angehörigen und Ehrenamtlichen, breites Angebot an Aktivitäten, Stadteitarbeit.

Vereinzelt wurden genannt (<5): Implementation von Validation (4), Arbeit nach dem psychobiografischen Modell nach Böhm (2), Bezugspflege (3), Offenheit für alle Nationalitäten (2), Beschäftigung einer Pflegeexpertin (1), Beratung durch einen externen Pflegewissenschaftler (1).

Fachliche Schwerpunkte: im Vordergrund steht die Versorgung von Menschen mit Demenz, außerdem haben sich Heime z. B. auf die Versorgung von Menschen mit MRSA/ORSA, Wachkomapatientinnen (2), Bew. mit M. Korsakow (2), jungen Pflegebedürftigen mit HIV-Infektion (1) oder von Menschen mit „schwierigem sozialen Hintergrund“, wie obdachlosen oder suchterkrankten Menschen (1) spezialisiert

Gesamtzahl Pflegekräfte (männlich/weiblich)

Vollzeit	481	23,2 %
Teilzeit	1406	67,8 %
geringfügig Beschäftigte	186	9,0 %

Verhältnis Examinierter Pflegekräfte, PflegehelferInnen, Un- und Angelernte (nur Vollzeitkräfte)

Examierte Pflegekräfte	66,8 %
Pflegehelfer	9,2 %
Un- und Angelernte	24,1 %

Altersstruktur des Personals

Unter 20	32
20-29	257
30-39	426

40-49	748
50-59	705
60+	94

Migrationshintergrund des Pflegepersonals

41 Einrichtungen (68,3 %) geben an, Personen mit Migrationshintergrund zu beschäftigen, der Anteil schwankt dabei zwischen 5 % und 55 %.

0-10 %	7
11-20 %	11

21-30 %	11
31-40 %	6

41-50 %	5
51-55 %	1

Die Herkunftsländer, die am häufigsten genannt werden, sind Polen, ehem. Sowjetunion und Türkei, wobei Pfleger mit türkischem Migrationshintergrund nur ca. halb so oft vertreten sind wie die beiden anderen Migrationsgruppen. Alle anderen Länder werden vereinzelt genannt.

Beschäftigungsdauer

< 2 Jahre	556
2-5 Jahre	477

5-10 Jahre	587
10 Jahre +	648

Anteil mit Fortbildung mind. 10 Stunden: (Anzahl Nennungen)

k.A.	6
0-9	1
10-19	3
20-29	

30-39	1
40-49	2
50-59	5
60-69	2

70-79	3
80-89	8
90-100	33

Fortbildungsangebot der Einrichtung

54 von 60 Einrichtungen machen hierzu verwertbare Angaben. Am häufigsten wurden Fortbildungen zum Thema Mangelernährung/Ernährung allgemein/enterale Ernährung/PEG/Esikkose genannt (n=24) gefolgt von den Themen Hygiene allgemein mit Umgang mit MRSA/ORSA (n=21) sowie Pflegeprozess/Pflegeplanung/ Pflegedokumentation

(n=20), Expertenstandards (n=20), Umgang mit Medikamenten/Arzneimittelverwaltung/BTM-Gesetz (n=19) und Wundmanagement/ Wundversorgung (n=17). Eine große Rolle spielen auch Fortbildungen zu den Themen Demenz (n=16) und Validation (n=15).

Personen mit Fachweiterbildung als Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege: insgesamt 139 Personen
 Ca. drei Viertel der befragten Einrichtungen haben in der Pflege tätige Personen beschäftigt, die über weitere Weiterbildungen mit einer Stundenzahl > 200 verfügen. Mit Abstand am häufigsten wird eine Weiterbildung im Bereich Gerontopsychiatrie oder als Fachkraft für Demenz genannt, weitaus seltener Weiterbildungen für Wohnbereichsleitungen, Palliativpflege, Qualitätsmanagement und Wundmanagement (in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit). In fast 50 % der Einrichtungen arbeiten eine (in 14 Einrichtungen) oder mehrere (in 16 Einrichtungen) Personen mit einer Fachweiterbildung im Bereich der Gerontopsychiatrie oder als Fachkraft für Demenz. Insgesamt sind in den Einrichtungen 83 Pflegenden mit einer einschlägigen Weiterbildung in diesem Bereich beschäftigt.
 In knapp einem Viertel der befragten Einrichtungen sind Pflegenden mit einem abgeschlossenen Studium beschäftigt. Von den akademisch ausgebildeten Pflegenden besitzen ca. 60 % einen Abschluss in Pflegemanagement (auch Pflegewirt, Gesundheitsökonomie usw.), 18 % einen Abschluss als Sozialpädagoge/in und 22 % einen Abschluss in Pflegepädagogik, Pflegewissenschaft oder als Berufspädagoge/in Pflegewissenschaft.

Positionen

	gesamt	Davon weiblich	in Prozent
Leitungsposition (PDL + Stellvertr.)	114	90	78,9
Mittleres Management (Abteilungsleitung)	109	89	81,7
Stabsstelle	39	5	38,5

Entlohnung auf Grundlage eines Tarifvertrags

Ja	38	Nein, aber schriftlich fixierte Entgeltstruktur	8
Nein	13	Keine Angabe	5

Stundenlohn in Endstufe reicht von 11,00 € bis 18,00 €, durchschnittlich 14,14 €

Interessenvertretung: Betriebsrat in 22 Einrichtungen, Schwerbehindertenvertretung in 14 Einrichtungen.

Pflegerische Angebote (Anzahl der Einrichtungen, die „ja“ angekreuzt haben)

Wohnen mit Service	29	45,3 %
Ambulante betreute Wohngemeinschaften	10	15,6 %
Kurzzeitpflege	48	75,0 %

Arbeit nach Nationalen Expertenstandards in den folgenden Bereichen (Anzahl der Einrichtungen, die „ja“ angekreuzt haben)

Dekubitusprophylaxe	58	90,6 %
Schmerzmanagement	47	73,4 %
Kontinenzförderung	46	71,9 %
Entlassungsmanagement	35	54,7 %
Sturzprophylaxe	38	59,4 %
Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	35	54,7 %
Weitere hauseigene Standards	36	56,2 %

Hauseigene Standards existieren z. B. zu folgenden Themen: Krankenhauseinweisung, Thrombose-, Kontraktur-Obstipations- und Pneumonieprophylaxe, Medikamentenwesen, Einzug eines Bewohners, Einarbeitung neuer Mitarbeiter, Weglauftendenz, Mundpflege, Assistenz bei ärztlicher Diagnostik und Therapie, ORSA-Behandlung.
 Im Mittel werden 4,05 Expertenstandards verwendet (Median: 4) (ohne hauseigene Standards):

Anzahl verwendeter Standards (ohne hauseigene Standards, bis zu 6 mögliche)

0	5	4	14
1	0	5	19
2	6	6	12
3	8		

Qualitätssicherung und Zertifizierung

52 Einrichtungen geben an, dass sie Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung betreiben.

Zertifizierung:

Ja	12	Nein	37
Nein, aber geplant	13	Keine Angabe	2

Zertifiziert nach: DIN EN ISO-Reihe, EU-Verordnung 761/2001, EMAS II, Pflege TÜV, Naomi Feil Validation

Arbeit nach einem Qualitätsmanagementsystem:

Ja	47
Nein, aber geplant	6
Nein	8
Keine Angabe	3

Folgende QM-Systeme werden genannt: DIN EN ISO-Reihe, TQM, IQM Demenz, Integriertes Managementsystem (IMS) für Qualität und Umwelt, AWO Qualitätsstandards bzw. QM-System der AWO Bremen, Diakonie-Siegel-Pflege, Parität. Gesellschaft für Qualität und Management, hauseigenes System

Kooperation mit anderen Einrichtungen

44 Einrichtungen geben an, dass sie institutionalisierte Kooperationen mit anderen Einrichtungen pflegen.

1. Kooperationen mit einzelnen anderen Institutionen der Gesundheitsversorgung, Schulen, Hochschulen u.ä.
2. Arbeitskreise, die der Qualitätssicherung dienen, z. B. der Tagespflegeeinrichtungen, freie Kliniken Bremen, bpa (Berufsverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.) - Arbeitsgruppen, Qualitätskonferenz Diakonisches Werk, Expertentreffen der BHV-Pflegeheime, Arbeitskreis der Heimleitungen in Bremen, Gesundheitsnetz Bremerhaven
3. Netzwerke, z. B. Netzwerk Weser (email Info@Beratung-Pflegenetzwerk.de), Paritätisches Versorgungsnetz, Pflegenetzwerk „Zu Hause leben“ (www.zu-hause-leben.de), Gesundheitspark Bremen-Nord, die der Vermittlung eines umfassenden Angebots an Dienstleistungen dienen
4. Politische Zusammenschlüsse, wie „Runder Tisch Pflege“

Schnittstellenmanagement

29 Einrichtungen geben an, dass sie ein Schnittstellenmanagement durchführen. Folgende Formen des Schnittstellenmanagement wurden genannt

1. Überleitungsformular
2. Bestimmte Personen wurden genannt: Case Managerin, Sozialdienst, zentrale Überleitungsstelle
3. Expertenstandard „Überleitung“ (wurde zwei Mal genannt)

Größte Herausforderungen

Häufiger genannt

1. Gewinnung von fach- und sozialkompetentem Personal
2. Professionelle und qualitativ hochwertige Pflege trotz sinkender finanzieller Ressourcen
3. Wirtschaftlichkeit, Konkurrenzfähigkeit
4. Implementation neuer Versorgungskonzepte: Stärkere Integration der stationären Altenpflege in den Stadtteil, Öffnung für engagierte Bürger aus dem Quartier

Seltener genannt

5. Pflege von Menschen mit Demenz: Entwicklung und Implementation von pflegewissenschaftlich fundierten Konzepten
6. Qualitätsprüfungen
7. Öffentlichkeitsarbeit: Bild der Altenpflege in der Öffentlichkeit verbessern

Ergebnisse der Befragung zur Pflege in Bremen - Ambulante Pflegedienste

Rücklauf: 50 Fragebögen von 89; Rücklaufquote 56,2 %

Träger:

freigemeinnützig	15	30,0 %
Privat	34	68,0 %
keine Angabe	1	2,0 %

Profile / Besonderheiten der Pflegedienste

Besonderheiten, die mehrfach genannt wurden

- Beratung und Schulung von Patientinnen und Angehörigen sowie Pflegekurse für pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (n=9)
- Fast ausschließliche Beschäftigung von examiniertem Personal (n=6)

Besonderheiten, die vereinzelt genannt wurden:

- Pflegerische Versorgung einer Demenz-Wohngemeinschaft (gab nur ein Pflegedienst an, es gibt aber viel mehr Pflegedienste, die in diesem Bereich tätig sind)
- Spezifisches Angebot für Menschen mit Migrationshintergrund bzw. für russischsprachige Menschen (jeweils ein Pflegedienst)

Fachliche Schwerpunkte, die mehrfach genannt wurden:

- Demenz/Gerontopsychiatrie (n=10)
- Palliativpflege (n=13)
- Wundversorgung (n=13)
- Intensivpflege (n=5)

Besondere fachliche Schwerpunkte, die vereinzelt genannt wurden

- Wachkoma (n=1)
- Psychische Erkrankungen (n=3)

Gesamtzahl Pflegekräfte (männlich/weiblich)

Vollzeit	445	29,5 %
Teilzeit	798	52,8 %
geringfügig Beschäftigte	268	17,7 %

Verhältnis Examinierter Pflegekräfte, PflegehelferInnen, Un- und Angelernte (nur Vollzeitkräfte)

Examierte Pflegekräfte	60,3 %
Pflegehelfer	7,5 %
Un- und Angelernte	32,2 %

Altersstruktur des Personals

Unter 20	1	40-49	563
20-29	160	50-59	347
30-39	348	60+	68

Migrationshintergrund des Pflegepersonals

33 Pflegedienste geben an, Migranten und Migrantinnen zu beschäftigen. Der Anteil schwankt zwischen 5 und 80 %. Einzelne Pflegedienste beschäftigen einen höheren Prozentsatz oder sogar ausschließlich Migranten. Die Herkunftsländer, die am häufigsten genannt werden, sind Polen, ehem. Sowjetunion und Türkei, wobei Pflegenden mit türkischem Migrationshintergrund nur ca. halb so oft vertreten sind wie die beiden anderen Migrationsgruppen. Alle anderen Länder werden vereinzelt genannt.

Beschäftigte mit Migrationshintergrund

0-10 %	9	51-60 %	1
11-20 %	11	61-70 %	1
21-30 %	8	71-80 %	1
31-40 %	2	81-90 %	0
41-50 %	0	91-100 %	0

Beschäftigungsdauer

< 2 Jahre	309	5-10 Jahre	434
2-5 Jahre	382	10 Jahre +	292

Anteil mit Fortbildung mind. 10 Stunden: (Anzahl Nennungen)

k.A.	8	30-39		70-79	2
0-9		40-49	3	80-89	2
10-19		50-59	5	90-100	29
20-29		60-69	1		

Fortbildungsangebot der Einrichtung

34 von 48 Einrichtungen machen hierzu verwertbare Angaben. Am häufigsten genannte Themen sind:

- Wundmanagement/Wundversorgung: n=17
- Pflegeprozess/Pflegeplanung/Pflegedokumentation: n=12
- Spezifische Krankheitslehre (z. B. Apoplex, Diab. mell., M. Parkinson): n=11
- Hygiene allgemein einschl. Umgang mit MRSA/ORSA: n=10
- Notfall/Erste Hilfe incl. Reanimation: n=9
- Expertenstandards: n=9
- Kinästhetik: n=7

Personen mit Fachweiterbildung als Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege: insgesamt 141 Personen genannt

Insgesamt 50 Einrichtungen: 4 Einrichtungen ohne Angaben, 46 Einrichtungen mit fachweitergebildetem Personal, davon 17 Einrichtungen mit Personal, das nur im Bereich „Leitungsaufgaben in der Pflege“ weitergebildet ist

Art der Weiterbildung	Anzahl der Beschäftigten mit Fachweiterbildung insgesamt	Anzahl der Einrichtungen mit fachweitergebildeten Beschäftigten
Leitungsaufgaben in der Pflege	141	45
Wundmanagement	30	12
Intensiv- Anästhesie	21	6
Palliativpflege	20	9
Validation/Demenz/Gerontopsychiatrie	11	3
ambulante psychiatrische Pflege	8	5
Pflegeberatung	8	3
Mentorin, Praxisanleiterin, Lehrerin für Pflegeberufe	10	5
Diabetesfachkraft	7	5
Qualitätsmanagement/ Qualitätsbeauftragte	6	5
Schmerztherapie	3	3
Gemeindekrankenpflege	2	2
Hygienefachkraft	2	2
Med. Dokumentationsassistent	1	1
Stomatherapeutin	1	1
Fachpflegekraft für den Operationsdienst	1	1

Art des Studiums	Anzahl der Beschäftigten mit Studium insgesamt	Anzahl der Einrichtungen mit akademisch ausgebildeten Beschäftigten
Pflegemanagement	18	7
Gesundheits- und/bzw. Pflegewissenschaft	2	2
Sozialpädagogik		2
Psychologie	2	1
Kunsttherapie	3	2
Medizinpädagogik	1	1
Heilpädagogik	1	1
Medizin	1	1
unbekannt	2	2
im Studium befindlich (PfleWi, Pflegemanagement)	3	3

Positionen

	gesamt	Davon weiblich	in Prozent
Leitungsposition	104	73	70,2 %
Mittleres Management (örtl. Einsatzleitung)	64	53	82,8 %
Stabsstelle	31	17	54,8 %

Entlohnung auf Grundlage eines Tarifvertrags

Ja	18	Nein, aber schriftlich fixierte Entgeltstruktur	14
Nein	14	Keine Angabe	4

Stundenlohn in Endstufe reicht von 11,73 € bis 25,00 €, durchschnittlich 13,97 €

Interessenvertretung: Betriebsrat in 8 Einrichtungen, Schwerbehindertenvertretung in keiner Einrichtung.

Pflegerische Angebote (Anzahl der Einrichtungen, die „ja“ angekreuzt haben)

Häusliche Nachtpflege (als Präsenzpflge)	21	42,0 %
Wohnen mit Service	14	28,0 %
Ambulante betreute Wohngemeinschaften	9	18,0 %

Arbeit nach Nationalen Expertenstandards in den folgenden Bereichen (Anzahl der Einrichtungen, die „ja“ angekreuzt haben)

Dekubitusprophylaxe	42	84,0 %
Schmerzmanagement	26	52,0 %
Kontinenzförderung	28	56,0 %
Entlassungsmanagement	21	42,0 %
Sturzprophylaxe	26	52,0 %
Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	27	54,0 %
Weitere hauseigene Standards	20	40,0 %

Beispiele für hauseigene Standards sind: Wundversorgung, Beschwerdemanagement, Pflegevisite, Pflege von Menschen mit Demenz, ein Bewohner wird vermisst, Medikamentenwesen, Körperpflege, Intimpflege, Kontrakturen-, Thrombose-, Obstipations- und Pneumonieprophylaxe, Verhalten in Notfallsituationen.

Im Mittel werden 3,4 Expertenstandards verwendet (ohne hauseigene Standards):

Anzahl verwendeter Standards (ohne hauseigene Standards, bis zu 6 mögliche)

0	7				
1	4	3	10	5	8
2	4	4	7	6	10

Qualitätssicherung und Zertifizierung

44 Einrichtungen geben an, dass sie Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung betreiben.

Zertifizierung:

Ja	6	Nein	20
Nein, aber geplant	19	Keine Angabe	5

Zertifiziert nach: DIN EN ISO 9001:2000, pq-Siegel (Pflegequalitätssiegel des iap, Universität Bremen), Cert Qua

Arbeit nach einem Qualitätsmanagementsystem:

Ja	30	Nein	3
Nein, aber geplant	12	Keine Angabe	5

Folgende Systeme werden genannt: DIN EN ISO-Reihe, bpa/TUV Nord, Cert Qua, hauseigenes System, Parität. Gesellschaft für Qualität und Management, Fiechtner und Meyer bzw. V. Henderson (wobei das kein QM-System ist)

Kooperation mit anderen Einrichtungen

29 Einrichtungen geben an, dass sie institutionalisierte Kooperationen mit anderen Einrichtungen pflegen. Die Kooperationen lassen sich quer zu allen Sektoren folgendermaßen differenzieren:

1. Kooperationen mit einzelnen anderen Institutionen der Gesundheitsversorgung, Schulen, Hochschulen u.ä.
2. Arbeitskreise, die der Qualitätssicherung dienen, z. B. bpa (Berufsverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.) - Arbeitsgruppen, Qualitätskonferenz Diakonisches Werk
3. Netzwerke, z. B. Netzwerk Weser (email Info@Beratung-Pflegenetzwerk.de), Paritätisches Versorgungsnetz, Pflegenetzwerk „Zu Hause leben“ (www.zu-hause-leben.de), Gesundheitspark Bremen-Nord, die der Vermittlung eines umfassenden Angebots an Dienstleistungen dienen
4. Politische Zusammenschlüsse, wie „Runder Tisch Pflege“, Landesfachbeirat Pflege

Schnittstellenmanagement

21 Einrichtungen geben an, dass sie ein Schnittstellenmanagement durchführen

Am häufigsten wurden folgende Angaben gemacht:

1. Überleitungspflege
2. Überleitungsformular
3. PDL übernimmt das, wendet sich an den Sozialdienst der Institutionen bzw. die PDL von stat. Altenpflegeeinrichtungen

Größte Herausforderungen

Häufig genannt

1. Wirtschaftlichkeit, Konkurrenzfähigkeit bei steigenden Kosten
2. Professionelle und qualitativ hochwertige Pflege trotz sinkender finanzieller Ressourcen
3. Personal gewinnen und halten, das fach- und sozialkompetent ist

Seltener genannt

4. Aufbau spezifischer Angebote, z. B. Intensivpflege, Palliativpflege, Wundmanagement, Menschen mit Migrationshintergrund oder Umsetzung vorhandener Schwerpunkte, wie Psychiatrische Pflege, Palliativpflege
5. Implementation von Qualitätsmanagement
6. Schnittstellenmanagement: Netzwerke schaffen, integrierte Versorgungsformen, Case-Management

Ergebnisse der Befragung zur Pflege in Bremen - Stationäre Behindertenhilfe

Rücklauf: 13 auswertbare Fragebögen von 23 (zwei Fragebögen wurden nicht ausgefüllt zurück gesandt), Rücklaufquote 56,5 %.

Träger:

freigemeinnützig	11	84,6 %
privat	1	7,7 %
öffentlich	1	7,7 %

Profile / Besonderheiten der Pflegedienste

Die im Folgenden genannten Besonderheiten beziehen sich nur auf die Pflege; darüber hinaus wurden weitere Aspekte genannt-

In den meisten Behinderteneinrichtungen spielt die Pflege keine große Rolle. Drei Einrichtungen geben aber an, dass die Wohngruppen von interdisziplinären Teams bestehend aus Pflegenden, Erziehern, Heilerziehungspflegenden, Sozialpädagogen und Ergotherapeuten versorgt werden. Zwei weitere Einrichtungen thematisieren, dass die behinderten Menschen zunehmend älter werden und daher auch neue pflegerische Bedarfe entstehen (z.B. für die Betreuung von Menschen mit Demenz).

Zwei Einrichtungen haben sich auf chronisch suchtkranke Menschen spezialisiert.

Gesamtzahl Pflegekräfte (männlich/weiblich, absolute Zahlen)

Vollzeit	54	33,3 %
Teilzeit	101	62,3 %
geringfügig Beschäftigte	7	4,3 %

Verhältnis Examinierter Pflegekräfte, PflegehelferInnen, Un- und Angelernte (nur Vollzeitkräfte)

Examierte Pflegekräfte	87,7 %
Pflegehelfer	12,3 %
Un- und Angelernte	0 %

Altersstruktur des Personals

Unter 20	0
20-29	25
30-39	34

40-49	53
50-59	36
60+	9

Migrationshintergrund des Pflegepersonals

Ca. zwei Drittel der Einrichtungen haben keine Pflegenden mit Migrationshintergrund beschäftigt. Ca. ein Drittel der Einrichtungen hat vereinzelt Pflegenden mit Migrationshintergrund beschäftigt. Das am häufigsten genannte Herkunftsland ist Polen.

Beschäftigungsdauer

< 2 Jahre	30
2-5 Jahre	18

5-10 Jahre	71
10 Jahre +	70

Anteil mit Fortbildung mind. 10 Stunden: (Anzahl Nennungen)

k.A.	6
0-9	
10-19	

20-29	1
30-39	
40-49	

50-59	1
60-69	
70-79	2

80-89	1
90-100	3

Fortbildungsangebot der Einrichtung

8 von 13 Einrichtungen machen hierzu verwertbare Angaben. Die Breite der Fortbildungen ist bei den Einrichtungen der Behindertenhilfe im Vergleich zu den originär pflegerischen Einrichtungen eher begrenzt. Häufiger genannte Themen sind: Fachspezifische Krankheitslehre, z. B. zu Epilepsie, Diab. mell., Demenz (sechs Nennungen), Notfall/Erste Hilfe/Reanimation (drei Nennungen), Mangelernährung/Ernährung allgemein/enterale Ernährung/PEG/Exsikkose (drei Nennungen). Jeweils zwei Mal genannt wurde: Umgang mit Medikamenten/Arzneimittelverwaltung/BTM-Gesetz, Hygiene allgemein/Umgang mit MRSA/ORSA, Inkontinenz/Inkontinenzversorgung sowie Tracheostoma-/Stomaversorgung.

In ca. der Hälfte der Einrichtungen verfügen einzelne Pflegenden über Weiterbildungen im Umfang von >200 Stunden, darunter in erster Linie Leitungsqualifikationen und Weiterbildungen im psychiatrischen Bereich.

Entlohnung auf Grundlage eines Tarifvertrags

Ja	11
Nein	1
Nein, aber schriftlich fixierte Entgeltstruktur	0
Keine Angabe	2

Die Frage zum Stundenlohn ist nicht auswertbar (nur von 4 Einrichtungen angegeben; zwei haben Monatsgehalt angegeben, die restlichen keine Angabe)

Interessenvertretung: Betriebsrat in 9 Einrichtungen, Schwerbehindertenvertretung in 5 Einrichtungen.

Arbeit nach Nationalen Expertenstandards in den folgenden Bereichen (Anzahl der Einrichtungen, die „ja“ angekreuzt haben)

Dekubitusprophylaxe	6	42,9 %
Schmerzmanagement	3	21,4 %
Kontinenzförderung	4	28,6 %
Entlassungsmanagement	3	21,4 %
Sturzprophylaxe	3	21,4 %
Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	2	14,3 %
Weitere hauseigene Standards	6	42,9 %

Hauseigene Standards beziehen sich z. B. auf Pflegeplanung, Arzneimittelaufbewahrung und -vergabe, Umgang mit ORSA/MRSA, Blasenspülung oder Tracheostomapflege.

Im Mittel werden 1,5 Expertenstandards verwendet (ohne hauseigene Standards):

Anzahl verwendeter Standards (ohne hauseigene Standards, bis zu 6 mögliche)

0	8	3	1	5	2
1	0	4	1	6	0
2	2				

Schnittstellenmanagement

8 Einrichtungen geben an, dass sie ein Schnittstellenmanagement durchführen

Zuständig für das Schnittstellenmanagement sind entweder die Betreuungskräfte oder die Einrichtungsleitungen, in einem Fall der Sozialdienst. Eine Einrichtung gibt an, ein Überleitungsformular zu verwenden.

Ergebnisse der Befragung zur Pflege in Bremen - Tagespflegeeinrichtungen

Rücklauf: 16 Fragebögen von 18; Rücklaufquote 88,9 %

Träger:

freigemeinnützig	14	87,5 %
privat	2	12,5 %

Profile / Besonderheiten der Pflegedienste

Neben dem üblichen Angebot (Aktivierung der Besucher) gibt eine Einrichtung an, dass Sie ein interkulturelles Angebot macht, eine hat auch Feiertags und samstags geöffnet.

Fachlich können integrative und demenzspezifische Angebote unterschieden werden. Fünf Einrichtungen geben an, demenzspezifische Angebote zu machen, zwei Einrichtungen geben an, dass sie auf psychisch kranke ältere Menschen spezialisiert sind.

Beschäftigte**Gesamtzahl Pflegekräfte**

Vollzeit	12
Teilzeit	27
> 50 %	25
geringfügig Beschäftigte	16

Altersstruktur des Personals

Unter 20	2	30-39	5	50-59	28
20-29	5	40-49	22	60+	10

Migrationshintergrund des Pflegepersonals

Die meisten Tagespflegeeinrichtungen haben keine Pflegenden mit Migrationshintergrund beschäftigt. Einige weisen jeweils eine Pflegekraft mit Migrationshintergrund auf.

Beschäftigungsdauer

< 2 Jahre	27
2-5 Jahre	15

5-10 Jahre	15
10 Jahre +	14

Anteil mit Fortbildung mind. 10 Stunden: (Anzahl Nennungen; keine Angabe wurde als 0 % gewertet)

0-9	1
10-19	1
20-29	1
30-39	
40-49	
50-59	3
60-69	
70-79	
80-89	
90-100	10

Fortbildungsangebot der Einrichtung zu pflegebezogenen Themen

13 von 16 Einrichtungen machen diesbezüglich verwertbare Angaben. Jeweils 7 Einrichtungen geben an, Fortbildungen zu den Themen Hygiene/Umgang mit MRSA/ORSA sowie Pflegeprozess/Pflegeplanung/Pflegedokumentation anzubieten. Jeweils sechs Einrichtungen nennen Umgang mit Medikamenten/Arzneimittelverwaltung/BTM-Gesetz und Demenz. 4 Einrichtungen thematisieren Mangelernährung/enterale Ernährung/PEG/Exsikkose.

Personen mit Fachweiterbildung als Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege: 5 Personen benannt

In ca. zwei Drittel der Einrichtungen verfügen die Pflegenden über keine weiteren Weiterbildungen mit einem Umfang von >200 Stunden. In ca. einem Drittel der Einrichtungen sind Pflegenden tätig mit einer Weiterbildung im Bereich Gerontopsychiatrie, Demenz o.ä. Zwei Personen haben ein Studium absolviert (Dipl. päd. und Soz. Päd.).

Positionen

	gesamt	Davon weiblich	in Prozent
Leitungsposition	14	12	85,7
Direkte Pflege	34	28	82,4
Soziale Betreuung	16	12	75,0
Andere	5	2	40,0

Entlohnung auf Grundlage eines Tarifvertrags

Ja	11
Nein	3
Nein, aber schriftlich fixierte Entgeltstruktur	2
Keine Angabe	0

Stundenlohn in Endstufe reicht von 12,00 € bis 25,00 €, durchschnittlich 15,28 € (Median: 15,50 €)

Interessenvertretung: Betriebsrat in 7 Einrichtungen, Schwerbehindertenvertretung in 6 Einrichtungen.

Arbeit nach Nationalen Expertenstandards in den folgenden Bereichen (Anzahl der Einrichtungen, die „ja“ angekreuzt haben)

Dekubitusprophylaxe	10	63,0 %
Schmerzmanagement	9	56,0 %
Kontinenzförderung	12	75,0 %
Entlassungsmanagement	3	19,0 %
Sturzprophylaxe	10	63,0 %
Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	7	44,0 %
Weitere hauseigene Standards	7	44,0 %

Hauseigene Standards, beispielsweise zu den Themen Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung, Biografiearbeit, Pneumonieprophylaxe, Kontrakturprophylaxe, Sturzprophylaxe u.v.m.

Im Mittel werden 3,19 Expertenstandards verwendet (ohne hauseigene Standards):

Anzahl verwendeter Standards (ohne hauseigene Standards, bis zu 6 mögliche)

0	3
1	1
2	1
3	2
4	5
5	2
6	2

Qualitätssicherung und Zertifizierung

12 Einrichtungen geben an, dass sie Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung betreiben.

Zertifizierung:

Ja	0
Nein, aber geplant	8
Nein	8
Keine Angabe	0

Arbeit nach einem Qualitätsmanagementsystem:

Ja	8
Nein, aber geplant	2
Nein	4
Keine Angabe	2

Folgende QM-Systeme wurden genannt: DIN EN ISO 9001: 2000, EFQM, Qualitätsmanagement der Caritas, Qualitätsmanagement-Handbuch der AWO.

Kooperation mit anderen Einrichtungen

13 Tagespflegeeinrichtungen geben an, dass sie institutionalisierte Kooperationen mit anderen Einrichtungen pflegen.

1. Kooperationen mit einzelnen anderen Institutionen der Gesundheitsversorgung, Schulen, Hochschulen u.ä.
2. Arbeitskreise, die der Qualitätssicherung dienen, z. B. der Tagespflegeeinrichtungen in Bremen und BHV, freie Kliniken Bremen, bpa (Berufsverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.) -Arbeitsgruppen, Qualitätskonferenz Diakonisches Werk, Expertentreffen der BHV-Pflegeheime, Arbeitskreis der Heimleitungen in Bremen, Gesundheitsnetz Bremerhaven
3. Netzwerke, z. B. Netzwerk Weser (email Info@Beratung-Pflegenetzwerk.de), Paritätisches Versorgungsnetz, Pflegenetzwerk „Zu Hause leben“ (www.zu-hause-leben.de), Gesundheitspark Bremen-Nord, Netzwerk zur Versorgung älterer Menschen (PVN), die der Vermittlung eines umfassenden Angebots an Dienstleistungen dienen

Schnittstellenmanagement

11 Tagespflegeeinrichtungen geben an, dass sie ein Schnittstellenmanagement durchführen

1. Überleitungsformular
2. Sozialdienst, PDL o.ä. Ansprechpersonen in stationären Einrichtungen oder ambulanten Pflegediensten

Größte Herausforderungen

Am häufigsten wird angegeben, dass die größte Herausforderung darin besteht, bei knappen finanziellen Ressourcen eine qualitativ hochwertige und aktivierende Pflege zu gewährleisten. Des Weiteren wurden die zunehmende Pflegebedürftigkeit der Gäste sowie die Notwendigkeit von Öffentlichkeitsarbeit genannt (zu geringer Bekanntheitsgrad der Tagespflege).

Ergebnisse der Befragung zur Pflege in Bremen - Pflegeschulen

Fragebogen wurde von 10 von 10 Pflegeschulen zurück gesandt; Rücklaufquote 100,0 %.

Ausbildungsgänge

- Gesundheits- und Krankenpflege 4
- Altenpflege 5
- Altenpflegehilfe 4

Lehrpersonen (über alle Anbieter summiert; von 9 Pflegeschulen ausgefüllt)

Vollzeit	50
Teilzeit	29
> 50 %	7
geringfügig beschäftigt	0
Honorarkräfte	179

Qualifikation des fest angestellten Personals

LA Universität + Referendariat (2. Staatsexamen LA berufliche Schulen)	6
LA Universität (1. Staatsexamen LA Berufliche Schulen)	13
Pflegepädagogischer FH Abschluss	7
Pflegepädagogische Fachweiterbildung	37
anderes Studium	9
andere Qualifikation	3

Altersstruktur des festangestellten Personals (von 8 Pflegeschulen ausgefüllt)

< 30 Jahre	1
30-40 Jahre	10
40-50 Jahre	41
> 50 Jahre	29

Entlohnung der festangestellten Lehrpersonen nach Tarifvertrag: von 9 Pflegeschulen angegeben, bei 2 Pflegeschulen für alle tariflich dieselbe Eingruppierung.

An 8 Pflegeschulen sind die festangestellten Lehrpersonen auch in der **Fort- und Weiterbildung** aktiv.

Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung

Am häufigsten wurden genannt

- Externe Fort- und Weiterbildungen
- interne Seminartage
- Besuch von Fachtagungen, Kongressen, Messen
- Interne Arbeitskreise z. B. zur Aktualisierung des Curriculums
- Qualitätsmanagement

Einzelne Schulen geben an, dass sie sich von der Universität wissenschaftlich beraten lassen bzw. mit den Bremer Hochschulen zusammenarbeiten oder Schülerbefragungen durchführen.

Umsetzung innovativer didaktischer Konzepte

Fünf Schulen geben an, ihr Curriculum in Richtung Fächerintegration und Lernfeldorientierung verändert zu haben. Vier Schulen haben problemorientiertes bzw. selbstorganisiertes Lernen eingeführt, jeweils drei haben eine Schulstation oder setzen Fallarbeit ein. Interessante Einzelnennungen: mehrere Projektwochen während der Ausbildung, Freiarbeit, Lerntagebuch, Konzept Hinführung „Bearbeitung wissenschaftlicher Studien durch Schüler“, Fachpraktische Woche/Feldtage, Elearning-Modul Demenz, Durchführung theoretischer Unterrichtsblöcke in der Praxis, Lernaufgaben für den Praxiseinsatz.

Eine Schule macht dazu keine Angaben.

Ergebnisse der Befragung zur Pflege in Bremen - Anbieter von pflegebezogenen Fort- und Weiterbildungen im Land Bremen
Weiterbildung nach der Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegefachkräfte

Fragebogen wurde von 11 Anbietern zurück gesandt; Rücklaufquote 100,0 %

Angebot von Weiterbildungsangeboten (Zahl der Anbieter, die in den entsprechenden Modulen Fort- und Weiterbildungen anbieten (mitunter wird mehr als 1 Kurs angeboten)

Grundmodul 1	6
Grundmodul 2	7
Fachmodule FWB Psychiatrie	3
Fachmodule FWB Onkologie	3
Fachmodule FWB Operationsdienst	3
Fachmodule FWB Intensivpflege und Anästhesie	3
Fachmodule FWB Leitungsaufgaben in der Pflege	5

Teilnehmerinnen im Kalenderjahr 2007 (von 5 Anbietern ausgefüllt; Zahl aller Schülerinnen wurde addiert)

	gesamt	Frauen	Männer
Grundmodule	123	104	19
Fachmodule	56	36	20

Interne vs. Externe Teilnehmerinnen (nur von 3 Anbietern ausgefüllt)

	intern	extern
Grundmodule	41	82
Fachmodule	17	39

Fragen nach Altersstruktur, Kostenübernahme und Freistellung wurde nur von 3 bzw. 4 Anbietern ausgefüllt, deshalb wird auf eine statistische Auswertung verzichtet.

Fort- und Weiterbildung, die nicht nach der Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegefachkräfte im Land Bremen geregelt sind.

Themen der Fort- und Weiterbildung

- Intermediate Care (266 Std.)
- Stations-/Bereichsleitung (472 Std.)
- Altenheimleitung (528 Std.)
- Verantwortliche Pflegefachkraft (480 Std./720 Std.)
- Palliative Geriatrie (200 Std.)
- Praxisanleitung (200 Std.)
- Case Management (210 Std.)
- Gerontopsychiatrie (510 Std.)
- Heimleitung (200 Std.)
- Gerontopsychiatrie (Grundkurs 200 Std., Aufbaukurs 360 Std.)
- Ambulante psychiatrische Pflege (200 Std.)
- Weiterbildung Rehabilitation für Pflegenden (262 Std.)

Anzahl geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer (über alle Angaben addiert)

	TN gesamt	davon extern
FWB > 200 Std.	605	350
FWB < 200 Std.	8328	1109

Lehrpersonen (über alle Anbieter summiert)

Vollzeit	16
Teilzeit > 50 %	1
geringfügig beschäftigt	0
Honorarkräfte	134

Qualifikation des fest angestellten Personals

LA Universität + Referendariat (2. Staatsexamen LA berufliche Schulen)	8
LA Universität (1. Staatsexamen LA Berufliche Schulen)	2
Pflegepädagogischer FH Abschluss	3
Pflegepädagogische Fachweiterbildung	5
anderes Studium	2
andere Qualifikation	2

Entlohnung der festangestellten Lehrpersonen nach Tarifvertrag: von 6 Anbietern angegeben, bei 2 Anbieter für alle tariflich dieselbe Eingruppierung.

Ergebnisse der Befragung zur Pflege in Bremen - Hochschulen

1. Welche Studiengänge bieten Sie an?

- Internationaler Studiengang für Pflege- und Gesundheitsmanagement (ISPG)(Hochschule Bremen)
- Bachelor of Arts Pflegewissenschaft mit den Schwerpunkten (Universität Bremen)
 - Klinische Expertise
 - Familien- und Gesundheitspflege
 - Lehre
- Master of Arts Berufspädagogik Pflegewissenschaft (ab WiSe 08/09) (Universität Bremen)
- Master of Arts Public Health und Pflegewissenschaft (ab WiSe 08/09) (Universität Bremen)
- Diplom Berufspädagogik Pflegewissenschaft (auslaufend) (Universität Bremen)

2. Wie viele Lehrende sind in den pflegebezogenen Studiengängen tätig (ohne Lehrimporte)?

- hauptamtlich Lehrende (Professorinnen und Professoren): insgesamt 6 (3 Hochschule Bremen, 3 Universität Bremen)
- Personen im Mittelbau: 6 (nur Universität Bremen)

An Universität und Hochschule Bremen sind jeweils drei (insgesamt sechs) hauptamtlich Lehrende Professorinnen und Professoren beschäftigt. Die sechs Lehrenden aus dem Mittelbau sind ausschließlich an der Universität Bremen tätig.

3. Welche Transferaktivitäten in die Region Bremen und Bremerhaven tätigen die Lehrenden der pflegebezogenen Studiengänge?

Zielgruppe Pflegenden/im Gesundheitswesen Tätige

- Vorträge und Fortbildungen, auch zu regional relevanten Themen, Durchführung von Tagungen und Kongressen
- Wissenschaftliche (Weiter-)Qualifizierung von Pflegenden

Handlungsfeld Ausbildung im Berufsfeld Pflege/Gesundheitswesen

- Beratung von Pflegeschulen und einer Ergotherapieschule bei der Umsetzung von curricularen Innovationen (Uni Bremen)
- Weiterentwicklung der Pflegeausbildung
- Öffnung der Hochschule für Lehrenden im Ausbildungsbereich Pflege/Gesundheitswesen (Hochschule Bremen)

Einrichtungen des Gesundheitswesens (Beispiele)

- Zertifizierung von ambulanten Pflegeeinrichtungen (Uni Bremen)
- Beratung, Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und Fortbildungen bei Einrichtungen des Gesundheitswesens (Uni Bremen) (wie z.B. Beratung in forschungstechnischen Fragen oder zur Qualitätsentwicklung, Beratung und Qualitätsentwicklung in der stat. Altenpflege mit Schwerpunkt `Demenz`):
- Mitarbeit im Ethikkomitee eines Krankenhauses (Uni Bremen)
- Kooperation mit einer Softwarefirma aus dem Technologiepark mit entsprechender Softwareentwicklung (Uni Bremen)

Forschung

- Projekte und Forschungen in Kooperation mit Einrichtungen des Gesundheitswesens (incl. EU-Projekte)
- Forschungsinstitute: IGP (Institut für Gesundheits- und Pflegeökonomie), ZePB (Zentrum für Pflegeforschung und Beratung), IPP (Institut für Public Health und Pflegeforschung) mit den Abteilungen Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung und Qualifikations- und Curriculumforschung

4. Wie viele Studienplätze haben Sie in diesem Studiengang?

5. Wie viele Studienplätze sind derzeit besetzt?

Internationaler Studiengang für Pflege- und Gesundheitsmanagement (ISPG) (Hochschule Bremen): Von 36 Studienplätzen sind 27 besetzt (18 Studentinnen und 9 Studenten)

Bachelor Pflegewissenschaft (Universität Bremen): 108 Studierende (87 Studentinnen und 21 Studenten)

Dipl. Berufspäd. Pflegewissenschaft (Universität Bremen): 101 Studierende (84 Studentinnen und 17 Studenten).

Die im Wintersemester 2008/2009 beginnenden Master-Studiengänge MA Berufspädagogik Pflegewissenschaft und MA Public Health/Pflegewissenschaft verfügen über insgesamt 50 Studienplätze, die zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht besetzt waren (MA Berufspädagogik Pflegewissenschaft: 30, MA Public Health/Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt Pflegewissenschaft 20).

6. Wie viele Studentinnen und Studenten haben einen Migrationshintergrund?

An der Hochschule und an der Universität Bremen studieren insgesamt 9 Studentinnen und Studenten mit Migrationshintergrund (2 an der Hochschule Bremen und 7 an der Universität Bremen). Über deren Herkunftsland konnten keine Angaben gemacht werden.

3. Expertenworkshop

Eingeladene Expertenworkshop 21.11.08

Stationäre Altenpflege

Ulrich Bonk	LAG Hospiz
Jens Bonkowski	Sozialwerk der Freien Christengemeinde Bremen e.V.
Anja Grunwald	
Angela Dühning	Bremer Heimstiftung, Altenpflegeschule
Hinrich Ennen	bpa-Landesgeschäftsstelle Bremen/Niedersachsen
Monika Foppe	Zentrale f. Private Fürsorge - Stationäres Hospiz „Brücke“
Doris Fuhrmann	Arbeiterwohlfahrt Bremen
Prof. Dr. Stefan Görres	Universität Bremen - FB 11 - Pflegewissenschaft
Dr. Elin Guski	
Ricarda Hasch	Seniorenpflegeheim Haus Hasch
Friederike Juchter	Bremische Schwesternschaft
Martina kleine Bornhorst	Caritas Bremen
Alexander Künzel	Bremer Heimstiftung, Vorstand
Frank Pape	Klinikum Links der Weser - Palliativstation
Günter Ralle-Sander	Bremer Heimstiftung, Stadtteilhaus Huchting
Matthias Schnäpp	Wirtschafts- und Sozialakademie der Angestelltenkammer Bremen
Petra Schröder	Wirtschafts- und Sozialakademie der Angestelltenkammer Bremerhaven

Krankenhauspflege

Angelika Alke	Rotes-Kreuz-Krankenhaus
Ruth Boeke	Klinikum Bremen Mitte
Berthold Böttcher	Klinikum Bremen Mitte
Sabine Bullwinkel	St. Joseph-Stift - IBF
Silvia Burmester	DRK-Klinik Bremerhaven
Irmgard Danne	Lenkungsausschuss Qualitätssicherung Bremen (LQB), c/o Klinikum Bremen-Mitte
Dick Angela	Klinikum Bremen Links der Weser Pflegerische
Hille Glaeseker	Klinikum Bremen Ost - BQ
Anja Grunwald	Sozialwerk der Freien Christengemeinde
Kerstin Horn	Klinikum Bremen Ost
Sabine Ihlenfeld	Klinikum Links der Weser - ITS
Michael Krol	IBZ des Klinikums Bremen Nord und des Klinikums Bremen Ost
Carsten Ludwig	St. Joseph-Stift
Irmgard Menger	Bremische Schwesternschaft vom Roten Kreuz e.V.
Prof. Dr. Martina Roes	Hochschule Bremen
Barbara Scriba	Rotes-Kreuz-Krankenhaus
Heike Ulrich	SfAFGJuS, Abt. Soziales Ref. Ältere Menschen
Uwe Zimmer	Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e.V.

Ambulante Pflege

Gabriele Becker-Riess	Bremer Heimstiftung
Carola Bury	Arbeitnehmerkammer Bremen - Ref. Gesundheitspolitik
Valeska Dünzelmann	Pflegenetzwerk Weser
Prof. Dr. Heiner Friesacher	Universität Bremen - FB 11 - Pflegewissenschaft
Sylvia Gerking	LAG
Prof. Dr. Monika Habermann	Hochschule Bremen
Sigrid Hartmann	AOK
Klaus Krancke	SfAFGJuS
Prof. Dr. Julia Lademann	Hochschule München
Stefan Loch	Bremer Stiftungsservice
Jörg Lorenz	Pflegelmpulse
Tanja Meier	DIKS
Wolfgang Müller	Paritätischer Wohlfahrtsverband
Frau Steuer	Klinikum Bremen Mitte gGmbH
Barbara Venhaus-Schreiber	Bremer Krankenpflegeschule

Anwesende Expertenworkshop am 21.11.08**Workshop 1 – Stationäre Altenpflege, Kurzzeitpflege, Hospizpflege**

Dr. Angela Dühring	Bremer Heimstiftung
Prof. Dr. Heiner Friesacher	Universität Bremen
Prof. Dr. Stefan Görres	Universität Bremen
Anja Grunwald	Sozialwerk der Freien Christengemeinde
Sabine Ihlenfeld	Klinikum Links der Weser
Friederike Juchter	Bremische Schwesternschaft
Sabine Löther	
Matthias Schnäpp	Wirtschafts- und Sozialakademie der Angestelltenkammer Bremen

Workshop 2 – Krankenhauspflege

Heiko Ackermann	Krankenhausesellschaft der Freien Hansestadt Bremen
Ruth Boeke	Klinikum Bremen Mitte
Sabine Bullwinkel	St. Joseph-Stift - IBF
Irmgard Danne	LQB Klinikum Bremen-Mitte
Angela Dick	Klinikum Links der Weser
Antje Kehrbach	Senatorin für Arbeit, Familie, Gesundheit, Jugend und Soziales
Michael Krol	IBZ Klinikum Bremen Nord+Ost
Carsten Ludwig	St. Joseph-Stift
Irmgard Menger	Bremische Schwesternschaft
Barbara Scriba	Rotes-Kreuz-Krankenhaus
Heike Ulrich	Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales

Workshop 3 – Ambulante Pflege, Tagespflege

Jens Bonkowski	Sozialwerk der Freien Christengemeinde
Carola Bury	Arbeitnehmerkammer Bremen
Jan Dierk Busch	<i>Pflegelmpulse</i>
Prof. Dr. Petra Kolip	Universität Bremen - IPP
Klaus Krancke	Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales
Holger Kühl	Senatorin für Arbeit, Familie, Gesundheit, Jugend und Soziales
Wolfgang Müller	Paritätischer Wohlfahrtsverband
Margitta Steuer	Klinikum Bremen Mitte
Barbara Venhaus-Schreiber	Bremer Krankenpflegeschule

Ergebnisse der Befragung zur Pflege in Bremen - Expertenworkshop

Workshop 1 – Stationäre Altenpflege einschl. Kurzzeitpflege, Hospizpflege

Entspricht das Angebot an stationärer Altenpflege bezogen auf die fachlichen Schwerpunkte dem Bedarf? Welche Angebote gibt es?

Hinsichtlich des Pflegebedarfs differenzieren die Expertinnen drei Gruppen von zu Pflegenden, nämlich Routinebewohner, für die eine vorstationäre Pflege ausreichend ist, sowie Schwellenbewohner und Schwerstpflegebedürftige, die stationäre Pflege benötigen. Die Expertinnen kommen zu dem Ergebnis, dass insbesondere Angebote für schwerstpflegebedürftige Menschen bzw. Menschen mit komplexen Pflegeproblemen fehlen. Auch für manche spezielle Zielgruppen, wie zu beatmende Patientinnen, junge Pflegebedürftige, behinderte alte Menschen, aber auch Menschen mit Demenz fehlen differenzierte, zielgruppenadäquate Angebote. Um Bedarf und Angebot besser in Deckung bringen zu können, halten die Expertinnen eine bessere Steuerung etwa durch den Landesaltenplan für notwendig. Die Expertinnen weisen darauf hin, dass der Steuerung über den Markt durch die Finanzierung der stationären Altenpflege enge Grenzen gesetzt sind.

Welche Aufgaben in der stationären Altenpflege sind spezifisch pflegerisch und wie sollten die Aufgaben innerhalb der Pflege verteilt werden? Welche Aufgaben können delegiert werden?

Nach Ansicht der Expertinnen ist eine weitere Delegation von pflegerischen Tätigkeiten an Pflegehilfskräfte deswegen nicht möglich, weil die direkte Pflege so wieso schon überwiegend durch Pflegehilfskräfte ausgeübt wird.

Die examinierten Pflegenden sind kaum noch mit der direkten Pflege befasst, sondern nehmen vor allem Aufgaben in der indirekten Pflege (Organisation, Koordination, Administration) wahr. Diese Situation wird von den Examinierten selbst unterschiedlich beurteilt: Manche begrüßen sie, andere haben den Wunsch, mehr in der direkten Pflege tätig zu sein. Ein geringes Delegationspotenzial sehen die Expertinnen noch in den Bereichen Administration, Hauswirtschaft und Logistik.

Welche Anregungen lassen sich aus der Hospizpflege für die Verbesserung der Pflege Sterbender an den anderen Sterbeorten gewinnen?

Die Expertinnen sind sich einig, dass die Palliativpflege in der Altenpflege oftmals nicht den Stellenwert hat, der wünschenswert wäre. Dieser Befund wird damit begründet, dass es für die in der Altenpflege Tätigen oftmals nur schwer zu erkennen ist, wann Palliativversorgung einsetzen muss, dass die MDK-Kriterien den Ansprüchen einer palliativen Versorgung widersprechen (z. B. hinsichtlich der Ernährung) und dass Sterbebegleitung häufig gegenüber den pflegerischen Aufgaben Aktivierung und Kompetenzerhaltung als nachrangig gesehen wird.

Als mögliche Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Pflege Sterbender im Rahmen der Altenpflege nennen die Expertinnen die Implementation sektorenübergreifender Fallbesprechungen (Klinik – Pflegeheim) oder ethischer Fallbesprechungen in der stat. Altenpflege, eine stärkere Kooperation der stationären Altenpflege mit Hospizdiensten, Angehörigen und Ehrenamtlichen und die Implementation einer Unternehmenskultur. Des Weiteren fordern die Expertinnen Supervision auch für Nicht-Examierte und Hilfskräfte.

Welcher Bedarf besteht in der stationären Altenpflege an pflegewissenschaftlicher Expertise und wie kann der Transfer befördert werden?

Der Bedarf an pflegewissenschaftlicher Expertise in der Altenpflege wird von den Expertinnen als außerordentlich hoch eingeschätzt. Insbesondere sehen sie Bedarfe bei der Bewertung, Auswahl und Implementation von Pflegekonzepten für Bewohner mit komplexen Pflegeproblemen, der Überprüfung der Wirksamkeit von Pflegeinterventionen sowie bei der Ermittlung von Bewohnerbedürfnissen.

Mögliche Ansatzpunkte für einen verbesserten Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis sehen die Expertinnen in einer Vermittlung pflegewissenschaftlicher Kompetenz in der Grundausbildung und in der Beratung von Altenpflegeeinrichtungen entweder durch externe oder durch intern beschäftigte Pflegewissenschaftler. Wünschenswert wären aus Sicht der Expertinnen außerdem praxisnahe Forschungsprojekte, in die Praktiker einbezogen werden. Für unentbehrlich halten die Expertinnen ein Bewusstsein für die Notwendigkeit pflegewissenschaftlicher Expertise auf Leitungsebene.

Workshop 2 – Krankenhauspflege

Was ist unter einem pflegerischen Profil zu verstehen und besteht die Notwendigkeit der Entwicklung eines eigenständigen pflegerischen Profils in den einzelnen Kliniken?

Die Expertinnen haben anfangs Schwierigkeiten, den Terminus „pflegerisches Profil“ zu definieren. Nach Auffassung der Expertinnen könnte das pflegerische Profil der Kliniken sowohl im Bereich des Prozessmanagements (z. B. Case-Management, Entlassungsmanagement) als auch durch die Übernahme bestimmter inhaltlicher Aufgaben, beispielsweise Beratung/Anleitung von bestimmten Zielgruppen (z. B.

Patientinnen mit chronischen Wunden), geschärft werden. Auch die Verortung bzw. der Stellenwert der Pflege in der Krankenhaushierarchie trägt zum pflegerischen Profil bei. Die Expertinnen sind der Ansicht, dass das pflegerische Profil gesellschaftliche und demographische Entwicklungen sowie Tendenzen der Gesundheits- und Sozialpolitik aufnehmen muss. Den Sinn eines pflegerischen Profils sehen sie in einer allgemeinen Zielorientierung.

Welche Aufgaben können (von) in der Pflege (an andere) mit anderen Berufsgruppen (delegiert) im

Prozess organisiert werden? Welche sind spezifische pflegerische Aufgaben? Wie sollten die Aufgaben innerhalb der Pflege verteilt werden?

(kursiv = Formulierungsverbesserungsvorschlag der TN)

Berufsgruppen, die Aufgaben von den professionell Pflegenden übernehmen können, sind beispielsweise medizinische Fachangestellte, Stationssekretärinnen (beide administrative und organisatorische Aufgaben), pharmazeutisch-technische Assistentinnen (Arzneimittel richten) oder Servicehostessen (Aufnahme von Patientinnen). Einige, aber längst nicht alle Kliniken haben bereits Erfahrungen mit dem Einsatz entsprechender Mitarbeiter gemacht. Die Expertinnen heben hervor, dass die Verantwortung für die an andere Berufsgruppen delegierten Tätigkeiten und die Koordination der verschiedenen an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen bei der Pflege liegen sollte, da diese in der Lage ist zu beurteilen, welche Qualifikationen für eine bestimmte Aufgabe und für die Pflege eines bestimmten zu Pflegenden erforderlich sind.

Welche medizinischen/heilkundlichen Aufgaben könnten aus pflegerischer Sicht sinnvoll von professionell Pflegenden übernommen werden?

Die Expertinnen fordern einhellig die Einführung eines Bachelorstudiums auch für Pflegenden, die in der klinischen Pflege tätig sind. Um mit Mediziner*innen auf Augenhöhe kooperieren zu können, sind auf Seiten der Pflegenden auch personale, soziale und kommunikative Kompetenzen erforderlich. Mögliche Aufgaben,

die von Pflegenden sinnvoll übernommen werden können, sind nach Ansicht der Expertinnen das Wundmanagement, das Schmerzmanagement und die Urotherapie.

Welche Rolle übernimmt die Pflege gegenwärtig im Schnittstellenmanagement der Kliniken und welche sollte sie übernehmen?

Grundsätzlich sehen die Expertinnen für die Pflege auf dem Gebiet des Schnittstellenmanagements hervorragende Profilierungspotenziale, diese Potenziale werden aber zurzeit noch zu wenig genutzt. Nach Einschätzung der Expertinnen gibt es in den Kliniken ein breites Spektrum der Beteiligung der Pflegenden am Schnittstellen- und Überleitungsmanagement: Während es in einigen Häusern bzw. einigen Bereichen ein ausgearbeitetes pflegerisches Case-Management gibt, beteiligen sich Pflegenden in anderen Häusern gar nicht daran. Zum Teil gibt es erheblichen Widerstand aus dem Sozialdienst, auf dem Gebiet der Überleitung mit der Pflege zusammen zu arbeiten, eben eine solche Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen wäre aber aus Sicht der Expertinnen sinnvoll. Probleme sehen die Expertinnen darin, dass die Realisierung der individuell auf einzelne Patientinnen abgestimmten Versorgungspläne oftmals an der mangelnden Finanzierung der vorgesehenen Leistungen scheitert. Wünschenswert wäre die Entwicklung und Implementation sektorenübergreifender Leitlinien und Standards.

Workshop 3 – Ambulante Pflege, Tagespflege

Ist es sinnvoll, die Ansätze im Bereich Beratung/Schulung in Richtung Prävention und Gesundheitsförderung auszubauen? Warum?

Die Expertinnen halten insbesondere einen Ausbau von Beratungsangeboten für erforderlich, die vor der Inanspruchnahme von ambulanter oder teilstationärer Pflege ansetzen. Ziel ist es, die rechtzeitige Inanspruchnahme von ambulanter oder teilstationärer Pflege zu verbessern und dadurch einen längeren Verbleib in der Häuslichkeit zu ermöglichen. Die Expertinnen schlagen hierfür von Seiten der Behörde initiierte Kampagnen und eine Intensivierung von Beratungsangeboten im Krankenhaus vor.

Mit den Zielen von Prävention und Gesundheitsförderung werden Kooperationen bzw. Vernetzungen der Pflegedienste mit Verbänden und Vereinen beispielsweise mit dem Landessportbund oder mit Kleingartenvereinen vorgeschlagen.

Entspricht das Angebot an ambulanter Pflege hinsichtlich der fachlichen Schwerpunkte dem Bedarf? Welche Ansatzpunkte gibt es zur bedarfsgerechten Gestaltung des Angebots?

Zunehmende und nicht gedeckte Bedarfe sehen die Experten insbesondere in der Versorgung von Menschen mit Demenz und mit depressiven Erkrankungen sowie in der Palliativpflege. Die bei diesen Zielgruppen bestehenden Bedarfe werden durch die von der Pflegeversicherung finanzierten Leistungen zu einem großen Teil nicht abgedeckt, dies gilt z. B. für die psychische Betreuung, aber auch für einige behandlungspflegerische Leistungen (z. B. im Zusammenhang mit PEG-Ernährung).

Die Expertinnen regen an, für diese Versorgungslücken andere Angebote, wie beispielsweise Nachbarschaftshilfe, stärker zu nutzen. Um für die Pflegeempfänger ein individuelles Versorgungsangebot zusammen stellen zu können, wäre eine gute Vernetzung der ambulanten Pflegedienste mit anderen stadtteilbezogenen Angeboten (Dienstleistungszentren) sowie ein Case-Management wünschenswert. Einige Expertinnen setzen diesbezüglich auf die Pflegestützpunkte. Eine Netzwerkbildung ist für ambulante Pflegedienste von Trägern, die unter ihrem Dach auch noch andere Angebote vereinen, leichter zu bewerkstelligen als für private Einzeldienste.

Welche Schwierigkeiten bestehen bei der Etablierung der Nachtpflege? Welche Ansatzpunkte für deren Weiterentwicklung gibt es?

Die von den Pflegediensten gemachten Angaben (demnach bieten 21 Pflegedienste Nachtpflege an) entsprechen nach Einschätzung der Expertinnen nicht dem realen Angebot. Den Expertinnen ist kein Pflegedienst bekannt, der tatsächlich Nachtpflege im Regelangebot hat. Wenn, dann wird Nachtpflege nur in einzelnen Ausnahmesituationen durchgeführt. Die Expertinnen gehen durchaus von einem Bedarf an Nachtpflege aus, allerdings wird diese Leistung von den Kunden kaum nachgefragt.

Welche Schwierigkeiten bestehen bei der Etablierung der Tagespflege? Welche Ansatzpunkte für deren Weiterentwicklung gibt es?

Die Expertinnen schätzen das Tagespflegeangebot in Bremen im Vergleich zu anderen Kommunen schon

als sehr weit entwickelt ein. Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung sehen sie in der Verbesserung des Bekanntheitsgrades (Öffentlichkeitsarbeit), in der Flexibilisierung der Angebote (z. B. bestimmte Tage, bestimmte Zeiten) und in einer verbesserten Versorgung von schwerstpflegebedürftigen Tagesgästen. Positiv wird hervorgehoben, dass sich die Finanzierung durch die Einführung des Betreuungsgeldes verbessert hat.

Entspricht das Angebot für Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund dem Bedarf und welche Angebote sollten diesbezüglich geschaffen werden?

Die Expertinnen stellen fest, dass derzeit von Seiten der Menschen mit Migrationshintergrund nur selten professionelle Pflege in Anspruch genommen wird.

Infolgedessen gibt es auch kein breites Angebot für diese Zielgruppe. Zukünftig ist ein höherer Bedarf zu erwarten, da auch in dieser Zielgruppe der Anteil an alten Menschen wächst und sich familiäre Normen (z. B. Verpflichtung zur Angehörigenpflege) durch Migration mittel- und langfristig verändern. Aber auch schon jetzt besteht vermutlich bereits ein Bedarf, professionelle Pflegeleistungen werden aber aufgrund fehlender Kenntnisse und vorhandener Wertvorstellungen noch wenig genutzt. Um die Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller Pflege zu steigern, sind aufsuchende, niedrigschwellige Beratungsangebote unter Einsatz von Multiplikatoren wichtig (z. B. Projekt im Bremer Westen: Ehrenamtliche gleicher kultureller Herkunft informieren ihre Nachbarn). Allein muttersprachliche Flyer sind wenig erfolgversprechend.

Sektorenübergreifende Diskussion

Welches Fazit lässt sich sektorenübergreifend hinsichtlich einer pflegerischen Profilierung der Angebote ziehen?

Aus dem Plenum wurde der Vorschlag geäußert, dass sich das pflegerische Profil durch eine spezifische Herangehensweise, nämlich verstanden als Hilfehandeln in existentiellen Situationen, auszeichnen müsse. Der größte Teil des Plenums sieht aber Möglichkeiten der pflegerischen Profilierung eher im Bereich der Prozessbegleitung und -steuerung sowie im Aufbau fachlicher Schwerpunkte. Eine Spezialisierung auf bestimmte Altersgruppen wird von einigen zugunsten einer generalistischen Ausrichtung abgelehnt.

Fachkräftemangel: Welche sind spezifisch pflegerische Aufgaben und wie können diese pflegeinterner verteilt werden? Welche Aufgaben können umverteilt werden?

In der ambulanten Pflege und der stationären Altenpflege halten die Expertinnen eine weitere Delegation von Tätigkeiten an andere Berufsgruppen nicht für sinnvoll, während im Krankenhaus noch größere Potenziale gesehen werden.

Welche Aufgaben lassen sich für die pflegebezogenen Bildungseinrichtungen auf den unterschiedlichen Ausbildungsebenen formulieren?

Auf der Ebene der Pflegeausbildung fordern die Expertinnen die Akademisierung eines Teils der Pflege-

genden, die in der direkten Pflege tätig sind mittels dualer Studiengänge. Eine verbesserte Durchlässigkeit bzw. eine Anerkennung fachschulisch bzw. durch Fort- und Weiterbildung erworbener Kompetenzen auf Hochschulqualifikationen wird für notwendig gehalten. Alle Expertinnen sind sich einig, dass die Pflegeausbildung zumindest generalistische Anteile enthalten sollte. Die Attraktivität des Berufs könnte durch ein höheres Ausmaß an Eigenständigkeit und durch Betonung des pflegerischen Profils gesteigert werden. Um den zukünftigen Bedarf an professionell Pflegenden sichern zu können, raten die Expertinnen zu einer Erhöhung der Anzahl der Ausbildungsplätze und zu Erleichterungen bei der Nachqualifizierung von Pflegehilfskräften.

Angebote im Bereich der Fort-/Weiterbildung sollten nach Ansicht der Expertinnen stärker auf die Vermittlung von pflegewissenschaftlichen Kompetenzen abzielen. Für Pflegekräfte, die auf mittlerer Leitungsebene tätig sind, werden betriebswirtschaftliche Kenntnisse gefordert.

Im Bereich der Hochschulausbildung regen die Experten eine stärkere Verzahnung mit der pflegerischen Praxis an. Dies könne beispielsweise durch Patenschaften, längere Praktika, anwendungsorientierte Forschungsprojekte oder Traineeprogramme bewerkstelligt werden.

4. Interviews

Interviewthema:

„Schnittstellenmanagement/Case Management (CM) in der stationären Pflege“

Interviewpartner: Patrick van Hall (Krankenpfleger und Case Manager in der Kinderklinik des Klinikums Bremen-Mitte)

Im Juli 2005 startete am Klinikum Bremen-Mitte das Modellprojekt „Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines Case Management Konzepts“ in den Fachabteilungen „Innere Medizin“ und „Frauenklinik“. Das Projekt wurde durch ein wissenschaftliches Team unter Leitung von Prof. Dr. Roes von der Hochschule Bremen begleitet. Nach erfolgreichem Abschluss des 16-monatigen Modellprojektes, wurde ein Folgeprojekt mit dem Ziel initiiert, Case Management in den anderen Fachabteilungen zu implementieren. In diesem Rahmen kam dem Kinderkrankenschwester Patrick van Hall die Aufgabe zu, das Konzept in der „Prof.-Hess-Kinderklinik“ im Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin des Klinikums Bremen-Mitte einzuführen. Nach einer sechsmonatigen Vorbereitungsphase, in der van Hall, im Rahmen einer halben Stelle, Praktika in Einrichtungen, die Case Management anbieten, absolvierte und konzeptionelle Arbeit leistete, wurde das Konzept systematisch in der Kinderklinik implementiert. In der Vorbereitungs- und Anfangsphase dieses Prozesses wurden von van Hall mit Unterstützung des Projektteams insbesondere berufsgruppenübergreifende Informationsveranstaltungen für die unterschiedlichen Bereiche der Pädiatrie und Befragungen der einzelnen Stationsleitungen eingesetzt, um Akzeptanz für die Neuerung bzw. eine Basis für die mit dem Konzept „Case Management“ verbundene interdisziplinäre Arbeit zu schaffen. Seit zweieinhalb Jahren wird mittlerweile chronisch, krebs- und schwerstkranken Kindern und ihren Familien Case-Management von nunmehr vier Case-ManagerInnen (3 ¼ Stellen) in der Kinderklinik angeboten. Ein zentrales Ziel hierbei ist, die Versorgungsqualität durch eine systematische Patienten- bzw. Familienintegration und eine Verbesserung der Kontinuität und Integration von Pflege- und Behandlungsprozessen zu erhöhen. Insbesondere wird Wert auf die professionelle Organisation des Übergangs vom Krankenhaus ins häusliche Umfeld gelegt, damit Familien durch ein individuell zugeschnittenes „Hilfe-Netzwerk“ unterstützt werden, mit der veränderten Situation zunehmend selbständiger zurecht zu kommen. Darüber hinaus wird Familien Hilfe beim Weg zu anderen Institutionen und auch zurück zur Kinderklinik geleistet. Ferner zielt Case Management darauf ab, positiv auf die Kostenentwicklung im Gesundheitssystem einzuwirken. Van Hall und seine KollegInnen arbeiten nach einem „zentralen Case Management Modell“, d.h. sie arbeiten als Case ManagerInnen von ihren Büros aus und sind nicht als Pflegenden in den stationären Ablauf eingebunden. Van Hall arbeitet mit der Methode „Case Management“ sowohl auf der Fall- als auch auf der Systemebene.

Auf der Fallebene stehen das erkrankte Kind und seine Familie im Mittelpunkt. Van Hall strukturiert seine Arbeit anhand

des CM-Regelkreises, der sich im Hinblick auf seine Arbeit wie folgt konkretisiert:

1. Beim Erstkontakt in der Klinik strukturiert Informationen sammeln und Pflege- sowie Betreuungsbedarfe einschätzen („Bedarfsmessung“).
2. Gemeinsam mit Kind und Eltern einen bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgungs-/Hilfeplan erstellen.
3. Maßnahmen initiieren durch Organisation und Koordination der verschiedenen Leistungsanbieter bzw. Kostenträger für den stationären Aufenthalt und die Zeit danach („Knüpfen des Hilfe-Netzwerks“).
4. Telefongespräch 24 Stunden nach der Entlassung führen, um die erbrachten Dienstleistungen zu kontrollieren und zu bewerten. Identifikation von „Nachbesserungsbedarfen“ im konkreten Fall und Zusicherung künftig als AnsprechpartnerIn zu fungieren.
5. Optimierungspotenziale identifizieren und diese in die künftige Arbeit als Case ManagerIn integrieren.

Für seine Arbeit nutzt van Hall diverse auf spezifische Krankheitsgruppen zugeschnittene, erfahrungsbasierte Instrumente wie beispielsweise Checklisten und Gesprächsleitfäden. Diese Instrumente wurden von ihm entwickelt und im Rahmen von Projektgruppentreffen unter Leitung von Prof. Dr. Roes optimiert.

Auf der Systemebene fördert van Hall die Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen unterschiedlichen Kostenträgern, Gesundheitsdienstleistern bzw. Berufsgruppen. Er unterscheidet hierbei interne Kooperationspartner wie beispielsweise ÄrztInnen, Pflegenden, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, „Brückenschwestern“ und PhysiotherapeutInnen des Klinikums Bremen-Mitte von externen Partnern wie Rehabilitationskliniken, ambulanten Pflegediensten, Kinderhospizen, HausärztInnen, Kranken- und Pflegekassen, Hilfsmittelversorgern, Apotheken und Selbsthilfegruppen. Als Kommunikationsstrukturen für das interne Schnittstellenmanagement nutzt van Hall neben Telefon und email v.a. direkte Gespräche, die „interdisziplinäre Visite am Bett“, „interdisziplinäre Fallkonferenzen“ sowie die Teilnahme an den Visiten des psychosozialen Teams und den täglichen Frühbesprechungen von StationsärztInnen und Pflegenden. Den Kontakt zu externen Kooperationspartnern gestaltet er v.a. per Telefon und email. Eine Flyer-Kampagne ist gegenwärtig in Vorbereitung, um das Case Management der Kinderklinik im Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin bei Eltern und Einweisern bekannter zu machen.

Das Case-Management am Klinikum Bremen-Mitte wurde im Jahr 2008 mittels Angehörigen- und Mitarbeiterbefragungen durch die Hochschule Bremen evaluiert. In Kürze ist mit den Ergebnissen zu rechnen.

Interviewthema:

„Schnittstellenmanagement in der ambulanten Pflege“

Interviewpartnerin: Valeska Dünzelmann vom „Beratungs- und Pflegenetzwerk Weser“

Am 1. Juli 2008 eröffnete das „Beratungs- und Pflegenetzwerk Weser“ in der Bremer Neustadt. Initiiert wurde diese Beratungsstelle durch die Bremische Schwesternschaft vom Roten Kreuz e.V. anlässlich des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes 2008. Der Eröffnung ging eine zehnmonatige Vorbereitungsphase voraus, in der Valeska Dünzelmann (Leitung des „Beratungs- und Pflegenetzwerks Weser“, Pflegewirtin) systematisch die Beratungs-, Versorgungs- und Bevölkerungsstruktur des Stadtteils Neustadt im Rahmen einer ausführlichen Ist-

Analyse eruierte und ein umfassendes Literaturstudium zu Themen wie Pflegestützpunkte, -beratung bzw. Patienteninformationszentren betrieb. Darüber hinaus flossen die Erfahrungen, die Frau Dünzelmann durch ihre mehrmonatige Tätigkeit in der Überleitungsstelle des Klinikums Bremen-Mitte gesammelt hatte, in das Projekt ein.

Unter dem Slogan „Organisieren Sie Ihre Selbständigkeit mit unserer Hilfe“ bietet das „Beratungs- und Pflegenetzwerk Weser“ Ratsuchenden zum Einen Beratung und Information

rund um das Thema Pflege an, hilft bei Antragsstellungen bei Behörden und Versicherungen und nimmt Kontakt zu den entsprechenden Stellen auf. Zum Anderen vermittelt es seinen KundInnen Unterstützungsleistungen im Rahmen eines so genannten Pflegenetzwerkes, dem 30 ausgewählte, qualitätsgeprüfte Leistungserbringer der Neustadt angehören. Das Spektrum der Leistungen umfasst neben Angeboten aus den Bereichen der Pflege (z.B. Kurzzeitpflege, Stationäre bzw. Ambulante Pflege) bzw. der Gesundheit (z.B. Hausbesuche von TherapeutInnen, AkustikerInnen) auch Angebote aus den Bereichen der Versorgungs- und Betreuungsleistungen (z.B. Fahrdienste, Essen auf Rädern) sowie der haushaltsnahen Dienstleistungen (z.B. Lebensmittel- und Getränkelieferung, Hausmeisterleistungen). Die Beratungsstelle pflegt ferner Schnittstellen u.a. zu HausärztInnen im Stadtteil, zu Gemeinden, zu Krankenhäusern, zur Unabhängigen Patientenberatung Bremen, zur DIKS, zu Tagespflegeeinrichtungen, zu ambulanten Pflegediensten und zu einem ehrenamtlichen Nachbarschaftshilfenetzwerk. Oberstes Prinzip bei der Vermittlung von Leistungsanbietern ist die uneingeschränkte Wahlfreiheit der KundInnen. Zentrale Ziele des „Beratungs- und Pflegenetzwerkes Weser“ sind die Förderung und der Erhalt der Selbstständigkeit ihrer KundInnen, die Erhöhung der Versorgungsqualität durch ein gutes Schnittstellenmanagement bzw. die Minimierung von Versorgungsbrüchen, die Vernetzung von regionalen Leistungsanbietern und der Ausbau präventiver Beratung.

Das „Beratungs- und Pflegenetzwerk Bremen“ verfügt über Kooperationsverträge mit seinen 30 Partnern. In diesen sind u.a. die Kommunikationsstrukturen, die gemeinsamen Ziele sowie die Berichtserstattungspflicht festgelegt. Die vierteljährlichen Treffen der Netzwerkpartner fördern den Austausch untereinander, dienen der Transparenz der geleisteten Arbeit (statistische Quartalsauswertungen) und der Planung gemeinsamer Veranstaltungen.

Neben Telefonberatung bietet das „Beratungs- und Pflegenetzwerk Weser“ auch Gruppen- bzw. Einzelberatung sowohl in der Beratungsstelle als auch im häuslichen Umfeld der Ratsuchenden an. Die Beratungen sind methodisch nach dem Case-Management-Regelkreis strukturiert. Nach einer umfassenden Situationsklärung (Assessment) wird gemeinsam mit dem/der Pflegebedürftigen und seiner/ihrer Familie ein indivi-

dueller Versorgungsplan mit einem formulierten Ziel erstellt. Anschließend wird über die Möglichkeiten der Kostenübernahme sowie potentielle Leistungserbringer informiert bzw. beraten. In Absprache mit den Ratsuchenden wird nach dem Gespräch die Umsetzung des Plans initiiert, in dem die Beraterin Kontakt zu den jeweiligen Kostenträgern bzw. Dienstleistungserbringern aufnimmt. Letztere melden sich dann eigenständig bei den KundInnen. Nach einer Woche führt Frau Dünzelmann einen strukturierten Qualitätssicherungsanruf durch, um die geleistete Arbeit zu evaluieren bzw. neue pflegerische Probleme, Beratungsbedarfe sowie -bedürfnisse zu eruieren. Diese Telefonate wiederholt sie in regelmäßigen Abständen (nach 4, 8, 16, ... Wochen), wobei sich der Zeitraum vom letzten Anruf immer verdoppelt, vorausgesetzt es liegt kein weiterer Beratungsbedarf vor. Das Beratungsverständnis von Frau Dünzelmann lässt sich ferner durch Begriffe wie Niederschwelligkeit, Quartiersnähe, zugehende, präventive Beratung, Ergebnisoffenheit, individuelles Fallverstehen, Lebensweltorientierung sowie kommunikative Problembearbeitung charakterisieren. Niederschwelligkeit wird u.a. dadurch erreicht, dass einzelne Netzwerkpartner wie beispielsweise ein Bäcker bzw. ein Frisör, die bei älteren StammkundInnen neu auftretende Pflegebedarfe wahrnehmen, sie auf das „Beratungs- und Pflegenetzwerk Weser“ aufmerksam machen und nach Wunsch Kontakte zur Beratungsstelle oder zu anderen Netzwerkpartnern vermitteln.

Seit Juli 2008 finanziert sich das „Beratungs- und Pflegenetzwerk Weser“ (zwei Teilzeitstellen à 24 bzw. 10 Wochenstunden) durch die festen monatlichen Beiträge der 30 Netzwerkpartner (unabhängig von potentiellen NeukundInnen), durch Spenden sowie durch eine einmalig zu verrichtende Beratungsgebühr von 25 Euro. Um Beratung künftig kostenlos anbieten zu können, werden dringend Fördermittelgeber gesucht. Eine erste Zwischenevaluation des Projektes wurde im Dezember 2008 durch Prof. Dr. Roes vom Institut für Qualität und Case Management (IQR) der Hochschule Bremen durchgeführt. Sie belegt u.a., dass das „Beratungs- und Pflegenetzwerk Weser“ als Informations- und Beratungsstelle sowie als Anbieter unterschiedlichster Unterstützungsleistungen von Angehörigen, Betroffenen, HausärztInnen, Pflegediensten bzw. Altenheimen der Bremer Neustadt sowie anderer Stadtteile genutzt wird.

Interviewthema:

„Vernetzung der stationären Altenpflege mit Tagespflege und Ambulanter Pflege“

Interviewpartnerinnen: Frau Techentin-Bohn und Frau Strech vom „Christlichen Seniorenzentrum am Oslebshausen Park“

Im Juli 2005 wurde das „Christliche Seniorenzentrum am Oslebshausen Park“ von dem seit nunmehr 30 Jahren bestehenden „Sozialwerk der Freien Christengemeinde Bremen e.V.“ eröffnet. Das Seniorenzentrum umfasst, vereint in modernen Gebäudekomplexen mit unterschiedlichen Eingängen, ein Pflegeheim (70 Betten), eine Tagespflegeeinrichtung (18 Plätze), eine Seniorenwohnanlage (60 Wohnungen), ein Büro für Freiwilligenarbeit, ein Café sowie einen Frisör. In unmittelbarer räumlicher Nähe der Seniorenwohnungen befindet sich das Stadteilbüro des Kooperationspartners bzw. des Tochterunternehmens „Paritätische Pflegedienste Bremen“. Dieses bietet ambulante Pflege an. Das Sozialwerk betreibt neben dem Seniorenzentrum in Oslebshausen das „Christliche Bildungs- und Sozialzentrum West“ in Gröpelingen sowie das „Christliche Sozialzentrum Grambke“. Beide Zentren bieten u.a. ebenfalls Tagespflege, Stationäre Pflege sowie Servicewohnungen an. Darüber hinaus gehören zwei Tagespflegeeinrichtungen in der Bremer Neustadt bzw. in Vegesack dem Sozialwerk an. Neben diesen angeführten Einrichtungen für SeniorInnen, sind diverse weitere Einrichtungen, deren Angebote u.a. auf psychisch kranke Menschen sowie auf Kinder und Jugendliche zugeschnitten sind, Teil des Sozialwerks. Die Abteilung der Seelsorge steht allen Einrichtungen des Sozialwerks zur Verfügung.

„Ambulant vor stationär“ ist das Leitprinzip der Beratungs-, Koordinations- und Netzwerkarbeit am Seniorenzentrum in Oslebshausen, die u.a. von Frau Techentin-Bohn (Heimlei-

tung, Leitung „Tagespflege Vegesack“) und Frau Strech (Sozialarbeiterin, Leitung Tagespflege „Oslebshausen“) geleistet wird. Das integrierte Versorgungs- und Pflegeangebot, das das Sozialwerk in Kooperation mit dem Paritätischen Pflegedienst offeriert, lässt sich durch die Begriffe Stadtteilorientierung, einheitliche Konzeption und Leitlinien, bedarfsgerechte/lebenslagenorientierte Angebote, Beratung von älteren Menschen, BewohnerInnen, Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen, räumliche Nähe, gemeinsame Organisation der Tagespflege, soziale Betreuung der Seniorenwohnungen sowie Möglichkeit der vorübergehenden Aufnahme von BewohnerInnen charakterisieren.

Nachfolgende Fallschilderung illustriert das Schnittstellenmanagement im Seniorenzentrum: Frau D., die seit längerem ihren demenzten Ehemann zu Hause betreut, benötigte kurzfristig Unterstützung bei der Pflege ihres Mannes, da für sie zwei aufeinander folgende Augen-Operationen an standen. Frau D. trug der Gruppenleitung der „Tagespflege Oslebshausen“, bei der ihr Mann seit mehreren Jahren zu Gast war, ihr Anliegen vor. Diese vermittelte Kontakte zu Frau Strech bzw. zu Frau Techentin-Bohn. In dem nachfolgenden persönlichen Beratungsgespräch wurde Ehepaar D. u.a. über die Möglichkeit der Verhinderungspflege im Pflegeheim informiert und es wurde die Kostenübernahme besprochen. Durch das gute Schnittstellenmanagement im Seniorenzentrum war es möglich, dass Herr D. während der Krankenhausaufenthalte seiner Frau im Pflegeheim wohnte und tagsüber weiterhin die ihm

vertraute Tagespflegeeinrichtung besuchte. Um Frau D. in der Zeit nach den Operationen vorübergehend zu entlasten, wurde ein Einsatz des Paritätischen Pflegedienstes organisiert. Dieser stimmte die individuelle Pflegeplanung für Herrn D. mit der Gruppenleitung der Tagespflege ab, die den Kunden persönlich kannte.

Als Kommunikationsstruktur für ihre Beratungs- und Koordinationsarbeit nutzen Frau Techentin-Bohn und Frau Strech persönliche Gespräche und Telefonate. Bei konkreten (Kooperations-) Problemen im Zusammenhang mit Pflegeleistungen bei Tagespflegegästen wird das Fallgespräch eingesetzt. Bei diesem analysieren und lösen Frau Techentin-Bohn bzw. Frau Strech, ggfs. der ambulante Pflegedienst, die Fachkräfte der Tagespflege sowie die Betroffenen und ihre Angehörigen das Problem gemeinsam. Die erarbeiteten Absprachen werden protokolliert und als Kopie an alle Beteiligten weitergegeben. Das Fallgespräch wird ebenfalls im Pflegeheim eingesetzt. Intern evaluiert werden die integrierten Betreuungs- und Versorgungsleistungen einmal jährlich durch schriftliche Zufriedenheitsbefragungen in der Tagespflege bzw. durch strukturierte Pflegevisiten im Pflegeheim. An letzteren nehmen neben den Pflegeempfängern und ihren Angehörigen die Heim- und die Pflegedienstleitung teil.

Neben den internen Schnittstellen im Hinblick auf die Vernetzung von Versorgungs- und Pflegeleistungen im Seniorenzentrum bzw. im gesamten Sozialwerk pflegen Frau Techentin-Bohn und Frau Strech auch externe Schnittstellen. Hierbei unterscheiden sie zwischen externen Kooperationspartnern, die dem „Paritätischen Versorgungsnetzwerk“ angehören, und sonstigen Partnern. Das „Paritätische Versorgungsnetzwerk“ stellt eine vertraglich geregelte Kooperation der „Bremer

Heimstiftung“, des „Förderwerks Bremen e.V.“, der „Paritätischen Dienste“ sowie des Sozialwerks dar. Es bietet vielfältige Dienstleistungen für ältere, kranke und behinderte Menschen und ihre Angehörigen an. Die Kooperationspartner arbeiten eng zusammen, in dem sie u.a. Dienstleistungsbedarfe, die sie selbst nicht abdecken können, nach Absprache mit den KundInnen an Partner weiterleiten und Qualitätsstandards untereinander abstimmen. Zu den sonstigen Partnern zählen Frau Techentin-Bohn und Frau Strech beispielsweise Hausarztpraxen, Apotheken, Therapieeinrichtungen, Gemeinden, Behörden, Versicherungen, Sozialdienste der Krankenhäuser sowie andere Pflegedienste und -heime. Bei der Vermittlung von Leistungsanbietern wird unter Wahrung der uneingeschränkten Wahlfreiheit der KundInnen Kooperationspartnern aus dem Sozialwerk bzw. dem „Paritätischen Versorgungsnetzwerk“ und bewährten Partnern auf Stadtteilebene Vorrang gegeben. Durch die Mitarbeit von Frau Techentin-Bohn und Frau Strech in diversen Arbeitsgruppen innerhalb und außerhalb des Sozialwerks, wird die Vernetzungsarbeit zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern weiterhin optimiert. Exemplarisch sei an dieser Stelle der Arbeitskreis „Älter werden im Bremer Westen“, der Arbeitskreis „Paritätisches Versorgungsnetzwerk West“ und die Arbeitsgruppen der Heim-, Pflegedienst-, Pflegebereichs- und Tagespflegeleitungen sowie der SozialarbeiterInnen innerhalb des Sozialwerks angeführt. Auf weitere wichtige Partner, die Frau Techentin-Bohn und Frau Strech in ihre Netzwerkarbeit intensiv einbinden, kann in diesem Rahmen lediglich hingewiesen werden. Es handelt sich hierbei um die Angehörigen der BewohnerInnen, Nachbarn, Bürgerhaus und -verein, Kindergarten und Schulen.

Interviewthema:

Primäre Pflege mit Fokus auf Schnittstellenmanagement

Interviewpartnerin: Frau Barbara Scriba vom Roten Kreuz Krankenhaus Bremen (Pflegedirektion)

In naher Zukunft, so ist es geplant, wird am Roten Kreuz Krankenhaus Bremen das Projekt „Förderung der verantwortlichen Pflege im RKK“ starten. Im Rahmen dieses Projektes wird das Bezugspflegesystem „Primäre Pflege“ zunächst in einer Modellabteilung (64 Betten) systematisch implementiert werden. Frau Barbara Scriba, Mitglied der Pflegedirektion, gewann wichtige Impulse zur Entwicklung der Projektidee durch ihr im RKK durchgeführtes Forschungsprojekt „Die Rolle der Pflegenden“. Diese Untersuchung führte sie im Praxissemester ihres Studiums Pflegewissenschaft (BA) unter Anleitung der Universität Bremen durch. Sie analysierte zehn Narrative von Pflegenden des RKK über eine für sie bedeutsame Pflegesituation. Ein zentrales Ergebnis der qualitativen Analyse war, dass Pflegenden mehr Verantwortung übernehmen wollen, doch die gegenwärtigen Rahmenbedingungen, wie beispielsweise die zum Teil wenig förderlichen interdisziplinären Kommunikationsroutinen oder das bisherige Pflegesystem „Bereichspflege“, dem entgegenwirken. Hinzu kam, dass infolge von Stellenabbau es den verbliebenen Pflegenden kaum mehr möglich war, die Pflegeprozesse ihrer PatientInnen im Gesamten zu überblicken bzw. über sie umfassend Auskunft zu geben. Dieses fehlende Wissen über PatientInnen bzw. die mangelnde Kontinuität von Pflegeprozessen spiegelte sich auch in der Dokumentation wieder. Frau Scriba spricht in diesem Zusammenhang von einer Fragmentierung der pflegerischen Arbeitsprozesse und von Unsicherheiten in der Berufsrolle der Pflegenden. Mit dem geplanten Projekt „Förderung der verantwortlichen Pflege im RKK“ soll diesen Herausforderungen nun innovativ, u.a. auch im Hinblick auf eine Optimierung des Schnittstellenmanagements, begegnet werden.

Frau Scriba beschreibt das Pflegesystem „Primäre Pflege“ in Anlehnung an dessen US-amerikanische Begründerin Marie Manthey als charakterisiert durch die Merkmale „Direkte Kommunikation von Mensch zu Mensch“, „Arbeitszuweisung nach der Fallmethode“, „Übernahme der Verantwortung für die Qualität der erbrachten Pflege 24 Stunden/7 Tage die Woche“ sowie „Dezentrale Entscheidungsfindung“. Gemeint ist, dass allen PatientInnen eine feste primär Pflegenden zugeordnet wird. Diese ist für sie, für ihre Angehörigen sowie für alle

Mitglieder des interdisziplinären Teams erste Ansprechpartnerin. Sie begleitet die PatientInnen von der Aufnahme bis zur Entlassung, erstellt individuelle Pflegepläne, setzt diese um und trägt die umfassende Prozessverantwortung. Bei ärztlichen sowie bei Sozialvisiten stellt sie ihre PatientInnen strukturiert vor. Die Gestaltung des Dienstplans ist darauf ausgerichtet, dass primär Pflegenden ihre PatientInnen über fünf bis sieben Tage hinweg kontinuierlich betreuen. In ihrer Abwesenheit führen assistierende Pflegenden die Pflegeinterventionen anhand der von der primär Pflegenden erstellten individuellen Pflegeplanung unter Berücksichtigung der jeweiligen Situation durch. Die primär Pflegenden verfügen, neben umfangreichem Wissen über ihre PatientInnen, über eine Visitenkarte und ein Handy, um kurze und eindeutige Kommunikationswege zu gewährleisten. Es ist geplant, dass jede Pflegenden sowohl als primär Pflegenden als auch als assistierende Pflegenden eingesetzt wird.

Frau Scriba erwartet, dass durch die Implementierung der „Primären Pflege“ die Kontinuität der Patientenversorgung verbessert und die Kunden- bzw. Angehörigenzufriedenheit erhöht werden. Sie geht ferner von einer Motivationssteigerung bei den Pflegenden durch die Übernahme von Verantwortung und ein Sichtbarwerden der von jeder einzelnen geleisteten Arbeit aus. Darüber hinaus erwartet sie eine Verbesserung der Pflegedokumentation und eine wirtschaftliche Prozessoptimierung, u.a. infolge eines effizienteren Schnittstellenmanagements.

Nach dem Besuch eines Pflegekongresses in Regensburg zum Thema „Primäre Pflege“ im November 2007 und einer dreitägigen Hospitation mehrerer Leitungskräfte des RKK im Regensburger Caritas-Krankenhaus St. Josef, das „Primäre Pflege“ eingeführt hat, wurde von der Pflegedirektion in Zusammenarbeit mit einzelnen Abteilungs- bzw. Stationsleitungen ein umfassender Projektplan erarbeitet. Die Planungsphase des Projektes ist mittlerweile abgeschlossen. Bevor mit der konkreten Umsetzung des neuen Pflegesystems in der Modellabteilung begonnen wird, sieht der Projektplan eine dreimonatige Vorbereitungsphase vor. In dieser Zeit werden zum Einen Informationsveranstaltungen u.a. für Pflegenden, ÄrztInnen

nen, SozialarbeiterInnen und Therapeutinnen stattfinden, um die Akzeptanz und damit die Kooperationsbereitschaft aller im interdisziplinären Team zusammenarbeitenden Berufsgruppen des RKK zu gewinnen. Zum Anderen werden für Abteilungs- bzw. Stationsleitungen sowie für Pflegenden diverse innerbetriebliche Fortbildungen angeboten werden, um sie auf ihre neuen Aufgaben vorzubereiten. Exemplarisch sei an dieser Stelle lediglich auf die Fortbildungsmodule „Führungsverhalten“ und „Dienstplangestaltung“ für Leitungen bzw. „Rollenverständnis“, „Verantwortung tragbar gestalten“, „Unterschied primäre Patientinnen und assistierte Patientinnen“, „Kritische Fallbesprechung“ sowie „Pflegeviseite“ für Pflegenden hingewiesen.

Interview „Haus Oland“

Das Haus Oland ist ein Bremer Seniorenpflegeheim in privater Trägerschaft mit 82 Bewohnerplätzen und existiert seit Januar 2005. Räumlich befindet sich das Pflegeheim innerhalb des Gesundheitszentrums *viamiko* und hat dadurch kurze Wege und Kooperationen zu den dort ansässigen Ärzten, Therapeuten und einer Apotheke. Das Haus hat sich auf die Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz spezialisiert, die dort in drei Wohnbereichen leben. Die enge Zusammenarbeit in Form von Aufklärung und Hilfestellung sucht das Haus vor allem mit Angehörigen, aber auch mit anderen Trägern und Institutionen und es wird versucht, über eine intensive Öffentlichkeitsarbeit die Diskussion über die inhaltliche Ausgestaltung von Versorgungskonzepten für Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, voran zu bringen.

Entscheidend für die Entstehung dieser spezialisierten Einrichtung waren die Erfahrungen und Überlegungen aus Einrichtungen in denen sowohl orientierte wie desorientierte Menschen leben. Die Bedürfnislagen dieser zwei Personengruppen seien sehr unterschiedlich und führten im Betreuungsallday in den Pflegeeinrichtungen zu immer wiederkehrenden schwierigen Situationen und Konflikten - bspw. wenn ein desorientierter Mensch nachts umhergeht und sich in das Bett eines anderen orientierten Bewohners legt, oder sich während einer Mahlzeit Lebensmittel von einem anderen Teller nimmt. Diese alltäglich vorkommenden Begebenheiten, führten häufig zu angespannten und konfliktreichen Situationen zwischen den Bewohnern, die dann auch häufig vom Betreuungspersonal gelöst werden müssten. Während die orientierten Bewohner für ihre Position selbst eintreten könnten, fiel dies den an Demenz erkrankten Menschen mit zunehmenden Krankheitsverlauf immer schwerer. Deren spezifische Bedürfnislage würde dabei zunehmend in den Hintergrund treten.

Konzeptionell orientiert sich das Haus Oland am Validationsansatz nach Naomi Feil, was sich bspw. auch in der Aufteilung der Wohnbereiche widerspiegelt. Naomi Feil differenziert in ihrem Validationskonzept unterschiedliche Stadien der Demenz. Die Wohnbereiche des Haus Olands sind daran orientiert und unterteilen sich in den Wohnbereich 1 für Menschen mit fortgeschrittener Demenz, den Wohnbereich 2 für Menschen mit mittelschwerer Demenz und den Wohnbereich

3 für Menschen mit leichter Demenz. Im Wohnbereich 3 sind die Bewohner folglich häufig in einer Situation, in der sie ihr Leben noch selbstständig gestalten wollen und Schwierigkeiten damit haben, die Hilfe von Mitarbeitern anzunehmen. Die im Wohnbereich zwei untergebrachten Menschen leben häufig in der Vergangenheit, sind beispielsweise davon überzeugt, zur Arbeit oder sich um die Familie kümmern zu müssen und erkennen Mitarbeiter oder Angehörige nicht. Bei den Bewohnern im Wohnbereich 3 ist in der Regel das Sprachverständnis schwer gestört und verbale Interaktionen treten in den Hintergrund. Das jeweilige Pflege- und Betreuungskonzept der einzelnen Wohnbereiche ist an die unterschiedlichen Bedürfnislagen der Bewohner angepasst. Während im Wohnbereich 3 vor allem sehr viel Sachlichkeit und ein behutsames Anbieten von Hilfeleistungen notwendig sei, stehen im Wohnbereich 1 stärker Elemente nichtsprachlicher Einfühlung und Begleitung im Mittelpunkt. Als Grundverständnis, so die Betreiber der Einrichtung, ist es für die Mitarbeiter wesentlich, dass sie darum wissen und akzeptieren, dass es an den Mitarbeitern liegt, geeignete Zugangswege zu den Bewohnern und Ansatzpunkte zur Tagesgestaltung zu finden. Grundlage der Pflegearbeit ist deshalb eine ethische Haltung der Anerkennung und die Orientierung am Prinzip Geborgenheit.

Alle Mitarbeiter werden im Bereich der Validation nach Naomi Feil geschult und das Pflegeheim weist sich dadurch aus, dass eine Lehrerin für Validation nach Naomi Feil fest angestellt ist und in der Praxis die Mitarbeiter und Bewohner begleitet und anleitet. Als weitere pflegerische Konzepte werden im Haus Oland das Konzept der Basalen Stimulation, fördernde Pflege und die Verlaufskurvenarbeit sowie ein für diesen Bereich zugeschnittenes Dokumentationssystem umgesetzt. Die Fachkraftquote in der Pflege liegt wie in anderen Häusern bei 50 %. Eine pflegewissenschaftliche Begleitung und Unterstützung findet seit Eröffnung der Einrichtung statt. Das Haus Oland hat als einzige Seniorenpflegeeinrichtung weltweit das Qualitätslabel Validation nach Naomi Feil erhalten. Die Erfahrungen der Mitarbeiter zeigen bislang, dass die Bewohner in einem Umfeld leben können, in dem sie so sein können wie sie sind. Das führe, zu einer deutlichen Entspannung für die Bewohner und auch zu einer Stabilisierung innerhalb der Krankheitsphasen.

Nach der Vorbereitungsphase wird das neue Pflegesystem voraussichtlich sechs Monate in der Modellabteilung erprobt werden. Daran wird sich eine interne Evaluation in Form einer schriftlichen Befragung aller beteiligter Berufsgruppen anschließen. Ausgehend von den Evaluationsergebnissen wird über eine Ausweitung des Projekts in weitere Abteilungen nachgedacht werden. Eine zeitweise Begleitung des Projektes durch eine externe Expertin der „Primären Pflege“ ist angedacht. Zu welchem Zeitpunkt das geplante Projekt starten wird, ist momentan noch von seiner Genehmigung durch die Geschäftsführung des RKK sowie von der Neubesetzung der Position der pflegerischen Geschäftsführung abhängig.

Das Haus Oland hat als einzige Seniorenpflegeeinrichtung weltweit das Qualitätslabel Validation nach Naomi Feil erhalten. Die Erfahrungen der Mitarbeiter zeigen bislang, dass die Bewohner in einem Umfeld leben können, in dem sie so sein können wie sie sind. Das führe, zu einer deutlichen Entspannung für die Bewohner und auch zu einer Stabilisierung innerhalb der Krankheitsphasen.

5.**Pflege im Lande Bremen im Spiegel der Datenerfassung und Statistik****Darstellung aus Betroffener (Patientinnen, Angehörige)**Altenhilfe

Der Bremer und Bremerhavener Seniorenlotse (<http://www.seniorenlotse.bremen.de/>) stellt eine relativ umfassende und aktuell gehaltene Sammlung von Informationen zum Alter und zu Fragen der Pflege insbesondere im Alter dar und ist damit für die individuelle Nutzung, nicht aber für übergreifende Betrachtungen aus der Sicht der Pflegeprofession geeignet. Die früher schon entstandene Seite Pflegelotse (www.pflege-lotse.de) steht zwar noch im Netz, scheint aber nicht mehr betreut zu werden.

Verschiedene Krankenkassen bieten Informationen zur Pflege an, zum einen in Form allgemeiner Informationen, zum anderen in unterschiedlicher Qualität und Vollständigkeit als Suchmaschinen für Pflegeanbieter. Suchkriterien sind dabei vor allem Ort und teilweise, insbesondere im Bereich der ambulanten Pflege in stark eingeschränkter Qualität, die Höhe der vereinbarten Vergütungen.

Beispiele:

www.vdak-aev.de/LVen/BRE/Versicherte/Pflegeversicherung/index.htm
www.vdak-aev.de/LVen/BRE/Vertragspartner/Pflegeversicherung/index.htm
www.aok-pflegenavigator.de
www.bkk-pflege.de/Paula/faces/start.jsp

In Papierform wird regelmäßig Broschüren wie ‚Älter werden in Bremen‘ veröffentlicht, die im Wesentlichen die Informationen wie auf den Webseiten enthalten

Klinikführer

Insbesondere auf der Grundlage der Qualitätsberichte, die jährlich von den Krankenhäusern vorgelegt werden müssen, informieren kommerzielle Anbieter, Krankenhäuser und das Land Bremen über die Krankenhäuser.

Beispiele:

Kommerzielle Anbieter:	www.hospitalscout.com ; www.kliniken.de
Krankenkassen:	http://www.aok.de/bundesweit/krankenhaus-navigator/krankenhaus-navigator.php http://www.tk-online.de/tk/klinikfuehrer/114928 VDAK/vdek: www.klinik-lotse.de
Land Bremen:	www.krankenhauswegweiser.bremen.de

Dabei sind die Daten vorwiegend für jedes Krankenhaus einzeln dargestellt, Bezüge werden teilweise bei der Behandlung spezifischer Erkrankungen hergestellt.

Da in den Qualitätsberichten vorhandenen Angaben über die Beschäftigten werden den einzelnen (Fach-)Kliniken der Krankenhäuser zuordnet, geben die Beschäftigungsvolumen, nicht die Zahl der tatsächlich Beschäftigten in der Pflege an und sind somit relativ undifferenziert.

Eine übergreifende Darstellung der geleisteten Arbeit im Pflegebereich auf der Grundlage fachlich professioneller Überlegungen erfolgt in diesen Quellen nicht. Sie sind damit grundsätzlich gut geeignet, Patientinnen und Angehörige bei der Suche nach konkreten Einrichtungen zu unterstützen, bieten aber keine geeignete Grundlage, um die Situation der Pflege, ihre Bedingungen und Anforderungen, direkt abzulesen,

Übergreifende Sichtweise

Verschiedentlich werden übergreifende Darstellungen pflegerischer Versorgungsstrukturen versucht. Für den Bereich der Altenhilfe ist hier insbesondere der Altenplan der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales zu erwähnen, der in sehr umfassender Form, differenziert, gut fundiert und verständlich dargestellt die Situation der Altenhilfe im Lande Bremen darstellt (siehe unter: www.soziales.bremen.de/altenplan). Ein Beispiel des Versuchs der zusammenfassenden Darstellung der Krankenhauslandschaft findet sich bei der Landesvertretung des vdak: <http://www.vdak-aev.de/LVen/BRE/Versicherte/Krankenhaeuser/index.htm>. Diese Darstellungen orientieren sich an den in der Regel gesetzlich vorgegebenen sektoralen Zuordnungen.

Statistisches Datenmaterial

Die auf Landes- und Bundesebene vorhandenen statistischen Angaben (siehe unten) widerspiegeln das sektorale Denken. Dabei sind die Datenquellen unterschiedler Art. Die Erfassung der Daten im Bereich der Pflege erfolgt im Rahmen der Pflegeversicherung, der Krankenhäuser im Bereich der Krankenhausberichtserstattung. Bereiche außerhalb dieser Bereiche (Pflege im Behindertenbereich, Einrichtungen an Schnittstellen) werden nicht oder nur bedingt erfasst. Die Berufszuordnung ist teilweise nicht eindeutig. Dieses Problem macht es auch fast unmöglich, Daten aus der Arbeitsmarktstatistik in diesem Zusammenhang zu nutzen, da die Berufsklassifikation und die Praxis der tatsächlichen Einordnung in die vorgegebenen Kategorien nicht dem aktuellen Stand der professionellen Entwicklung entspricht.

In der Gesamtsicht auf die vorhandenen Daten zeigt sich, dass diese mit unterschiedlichen Zielsetzungen erhoben und präsentiert werden. Sie stellen vielfach gut verwertbare Quellen dar. Für eine übergreifende Vergleichbarkeit unter dem Fokus professioneller Fragestellungen in der Pflege reichen sie jedoch in dieser Form nicht aus.

Auswahl: Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Gesundheit, Grunddaten der Krankenhäuser 2007, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden 2008 (und frühere Ausgaben); Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Pflegestatistik 2007, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Dezember 2007, Wiesbaden 2008; Statistisches Landesamt Bremen (Hrsg.), Statistisches Jahrbuch 2008, Bremen 2008

Impressum:

Herausgeber:

Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales
Referat für Pflege, Ärztliche Angelegenheiten, Infektionsschutz, Gesundheitsfachberufe,
Frauengesundheit, Gesundheitswirtschaft

Bahnhofplatz 29
28195 Bremen

In Zusammenarbeit mit dem

Institut für Public Health und Pflegeforschung
Universität Bremen
Grazer Str. 4
28359 Bremen
[www public-health.uni-bremen.de](http://www.public-health.uni-bremen.de)

Eigene Gestaltung
Eigendruck

Stand: Mai 2009

