

Michael Isfort, Frank Weidner, Andrea Neuhaus, Roland Brüche, Sebastian Kraus, Veit Köster, Danny Gehlen

Zur Situation des Pflegepersonals in deutschen Krankenhäusern – Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2009

About the situation of nurses in German hospitals – results of the Pflege-Thermometer 2009

The following article represents the main results of a descriptive study treating the situation of nurses in hospitals in Germany. These results base on a questionnaire that was added to a nursing journal, as well as published online. 14.000 nurses answered, 9.719 questionnaires from nurses working in hospitals could be included. The main focus was directed at patient safety from a nursing point of view. The results show that problems in patient safety are no longer exceptions from the rule.

Keywords

Nursing, inpatient care, Patient safety, workload, nurse-patient-ratios

Im folgenden Artikel werden zentrale Ergebnisse einer deskriptiven Studie zur Situation von Pflegekräften in Krankenhäusern in Deutschland vorgestellt. Die Ergebnisse basieren auf einer schriftlichen Fragebogenaktion sowie einer parallelen Online-Befragung. Die Fragebögen wurden als „Einleger“ über eine Pflegezeitschrift ins Feld gebracht. 14.000 beruflich Pflegenden antworteten, wobei 9.719 auswertbare Datensätze aus dem Krankenhausbereich in die Studie eingeschlossen wurden. Ein Hauptfokus der Befragung waren Einschätzungen zur Patientensicherheit aus Sicht der Pflegenden. Die Ergebnisse zeigen, dass Probleme der Patientensicherheit in den Krankenhäusern der Befragten nicht länger Ausnahmen, sondern die Regel sind.

Schlüsselwörter

Pflegedienst, Krankenhaus, Patientensicherheit, Arbeitsbelastung, Personalausstattung, Personalbemessung

eingereicht 25.09.2010

akzeptiert 10.12.2010 (nach Überarbeitung)

1. Hintergrund

Mit ca. 774.000 Beschäftigten im Jahr 2008 stellt die Gesundheits- und Krankenpflege insgesamt die größte Berufsgruppe im Bereich der Gesundheitswirtschaft dar. Prognosen weisen auf einen wachsenden Bedarf an professionell Pflegenden in allen Sektoren der Krankenversorgung und Betreuung Pflegebedürftiger hin (PwC 2010). Bereits heute kann dabei in einzelnen Arbeitsfeldern und -bereichen ein Fachkräftemangel ausgemacht werden (MAGS NRW 2010), der zu einer stärkeren Konkurrenz um ausgebildete Pflegenden innerhalb und zwischen den Sektoren führen wird. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass Einrichtungen, die gute Arbeitsbedingungen und Entwicklungsmöglichkeiten für Pflegenden aufweisen, Vorteile bei der Gewinnung von Pflegepersonal haben werden.

Zahlreiche Studien beschäftigten sich aktuell mit der Situation der Pflege im Krankenhaus. Neben Studien zu den Auswirkungen der DRG-Einführung (Braun et al. 2010) oder zur spezifischen Situation im operativen Bereich (Busse 2010) wurde auch eine umfassende Online-Befragung zum erlebten Berufsalltag Pflegenden im Krankenhaus durch den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (2009) durchgeführt. Darüber hinaus wurden Gutachten (Simon 2007, 2008) zur Kennzahlenentwicklung, Personalbedarfskalkulation und Mindestanforderungen an Personalbesetzungen im Pflegebereich vorgestellt.

Auf Basis der vom Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) und vom Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen durchgeführten WAMP-Studien konnte beispielsweise ermittelt werden, dass der Zeitmangel für die Pflege sowie störende Unterbrechungen der Pflegearbeit ebenso ansteigen wie unregelmäßige Arbeitszeiten. 59% der Pflegenden gaben an, dass sie keine Zeit für psychosoziale Unterstützungen der Patienten haben. Braun et al. (Braun et al. 2010) sehen hier ein stärkeres Auseinanderdriften von Normvorstellungen und Praxis. Die Online-Befragung des DBfK (DBfK 2009) mit insgesamt 2.125 Teilnehmern aus dem Krankenhausbereich zeigte u.a. auf, dass 83,2% der Befragten die Personalausstattung nicht für angemessen halten und dass widersprüchliche, unvollständige oder unvereinbare Arbeitsanweisungen die Arbeit erschweren. Simon (Simon 2007, 2008) attestiert eine Abwärtsspirale der Personalbesetzung im Pflegedienst und stellt fest, dass die Personalbesetzung im Krankenhaus mittlerweile in zahlreichen Krankenhäusern eine kritische Grenze unterschritten hat. Die hier nur skizzierten Ergebnisse der Studien verdeutlichen, von welchem zentralen Interesse das Thema der Personalsituation im Krankenhausbereich insgesamt ist.

Die Notwendigkeit, regelmäßig Studien und Beobachtungen der beruflich erlebten Praxis in den unterschiedlichen Beschäftigungsfeldern der Pflege durchzuführen, ergibt sich aus unterschiedlichen Begründungszusammenhängen:

1. Erstens sind die zur Verfügung stehenden öffentlichen Datenbestände hinsichtlich zentraler Fragen der pflegerischen Ausstattung und Leistungen im Krankenhausbereich lückenhaft. Die Krankenhausstatistik des Bundes bildet die Anzahl der Pflegekräfte in bettenführenden oder Funktionsbereichen in Krankenhäusern ab und unter-

scheidet allgemeine sowie sonstige Krankenhäuser. Kennzahlen der Beschäftigten für spezifische Versorgungsbereiche (z.B. Intensivstationen oder chirurgische Abteilungen, Innere Medizin etc.) werden nicht abgebildet. Weiterführende Aussagen hinsichtlich der Veränderung der Pflegeabhängigkeit der Patienten, der Arbeitsbelastung der Pflegenden oder veränderter Tätigkeitsbereiche Pflegenden lassen sich auf der Basis vorliegender Makrodaten nicht ableiten und bedürfen der ergänzenden Forschung.

2. Zweitens fehlen in Deutschland systematische Betrachtungen der Zusammenhänge zwischen der Patientensicherheit und der Pflegekapazität, sodass Personalreduzierungen derzeit nicht empirisch gestützt in Verbindung mit einer Qualitätseinbuße der Versorgung gebracht werden können. In den angloamerikanischen Ländern werden mit großer Regelmäßigkeit Studien vorgelegt (Griffiths et al. 2010; Rafferty et al. 2007) und in Reviews (University of California San Francisco (UCSF) – Stanford University Evidence-based Practice Center 2002; Kravitz, Sauvé 2002; Kane et al. 2007; University of Technology Sydney 2007) die zentralen Ergebnisse zusammengefasst. Die meisten dieser Reviews beschreiben im Ergebnis einen „konsistent dargelegten Zusammenhang zwischen der Personalrate und den Patientenergebnissen“ (Minnesota Evidence-based Practice Center 2007). Systematische Forschungsarbeiten über die Zusammenhänge der Pflegekapazität und Patientensicherheit in Deutschland fehlen weiterhin (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2006, Becker 2010).

3. Drittens ist die Ermittlung hemmender und förderlicher Faktoren der Pflegearbeit von hoher Relevanz, um in den Einrichtungen Praxiskonzepte zur Verbesserung der Arbeitssituation zu entwickeln sowie Personalentwicklungskonzepte gezielt einzusetzen. Studien können hilfreich sein, um Risikogruppen und -potenziale zu identifizieren, die zu einer Erhöhung des Normen-Praxiskonfliktes der beruflich Pflegenden führen und sich negativ auf das Arbeitserleben, die Berufsattraktivität sowie die Patientenversorgung auswirken können.

2. Zentrale Entwicklungen im Pflegebereich im Krankenhaus

In den Jahren 1996 bis 2008 wurden insgesamt rund 50.000 Vollkraftstellen in der Krankenhauspflege abgebaut. Das entspricht einem Minus von 14,2%. Seit dem Jahr 2005 ist eine Abschwächung dieses Trends erkennbar; im Jahr 2008 zeigte sich erstmals eine Richtungsänderung. Bundesweit wurden erstmalig seit über 10 Jahren in den allgemeinen Krankenhäusern 1.840 Vollkräfte im Pflegedienst aufgebaut (Statistisches Bundesamt 2010). Ob es sich dabei um eine kurzfristige Unterbrechung der von Simon beschriebenen Abwärtsspirale handelt oder um eine Trendumkehr, kann derzeit nicht gesichert eingeschätzt werden. Die Personalkosten für die allgemeinen Krankenhäuser stiegen im Zeitraum von 2002 bis 2008 um insgesamt 3,8 Mrd. Euro an. Die Personalkosten für den Pflegebereich (Pflegepersonalkosten) sanken im selben Zeitraum geringfügig von 13,11 Mrd. auf 13,05 Mrd. Euro (Statistisches Bundesamt 17.02.2010), vgl. Abbildung 1.

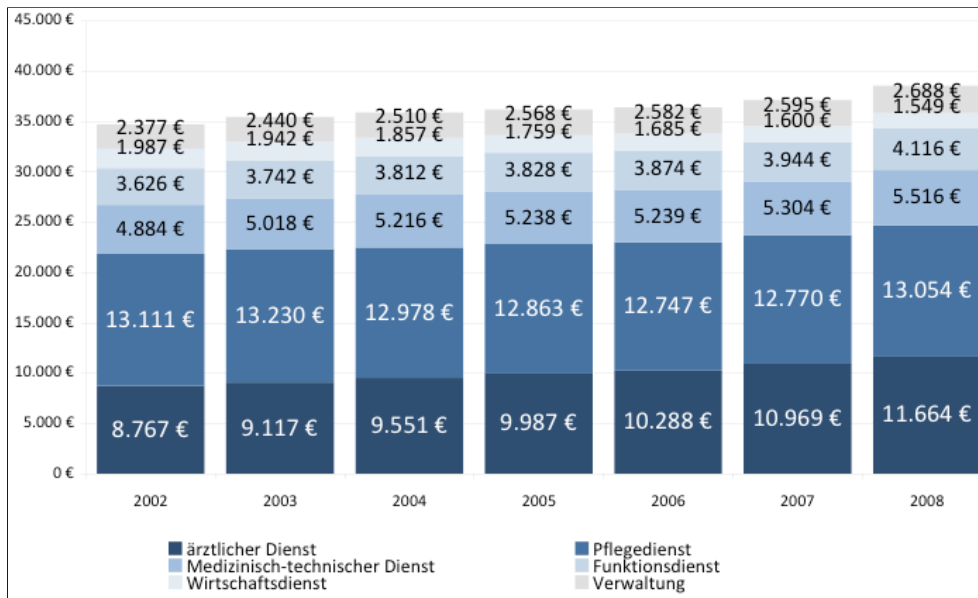


Abb. 1: Personalkostenentwicklung in allgemeinen Krankenhäusern in Tausend Euro, 2002 bis 2008

Aus der amtlichen Datenanalyse kann abgeleitet werden, dass der Pflegedienst von den zusätzlichen finanziellen Mitteln im Personalkostenbereich nicht profitieren konnte.

3. Pflege-Thermometer 2009

In der Gesamtheit sind es die oben beschriebenen Argumentationslinien und Entwicklungen, die dazu führen, dass in der Abteilung „Pflegearbeit und -beruf“ am Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung regelmäßig mit wechselndem Fokus standardisierte Befragungen durchgeführt werden, die unter dem Reihentitel „Pflege-Thermometer“ veröffentlicht werden. Im Rahmen der Untersuchungen werden öffentliche Daten amtlicher Statistiken (Krankenhausstatistik, Pflegestatistik, Gesundheitspersonalrechnung, Kosten der Krankenhäuser) analysiert und hinsichtlich zentraler Aspekte der Pflege aufbereitet. Bestandteil der jeweiligen Befragungen sind Einschätzungs- und Entwicklungsfragen in Form bewerteter Aussagen der Befragten. Dabei sollen jeweils aktuelle Themen und Problemstellungen im Sinne einer „Momentaufnahme“ deskriptiv in die Diskussion eingebracht werden.

3.1 Studienfinanzierung, -durchführung und -auswertung

Die in diesem Artikel vorgestellte Studie wurde mit Mitteln der B. Braun-Stiftung finanziert. Eine Einflussnahme durch den Förderer lag nicht vor. Zwischen September und Dezember 2009 erfolgte eine Befragung von Pflegekräften im Krankenhausbereich. Insgesamt wurden dazu 52.000 Fragebögen gedruckt und als Einleger in einer

Pflegezeitschrift ins Feld gebracht. Parallel erfolgte eine Onlinebefragung, die identisch zum schriftlichen Fragebogen aufgebaut war. Durch die unterschiedlichen Zugangswege zur Befragung sollte eine breite Teilnahmemöglichkeit geschaffen werden. Die Auswertung der Ergebnisse wurde zwischen Januar und April 2010 vorgenommen; die Veröffentlichung der Studie erfolgte im Mai 2010. Die Online-Befragung wurde mit der Befragungssoftware Unipark von Globalpark umgesetzt; für die automatische Massendatenerfassung der schriftlichen Antworten wurde die Einlesesoftware teleform 10.0 verwendet. Zur Analyse und grafischen Aufbereitung der Daten wurden die Statistiksoftware PASW 18.0 sowie das Programm Excel 2007 eingesetzt.

Die Datenqualität der Studie wurde auf Basis unterschiedlicher Prozesse kontrolliert, um systematische Fehler weitestgehend ausschließen zu können. Die schriftlich eingesandten Fragebögen wurden nur teilautomatisiert eingelesen und jeder Fragebogen wurde im Rahmen eines Verifizierungsprozesses kontrolliert und ggf. korrigiert. Zur Datenqualitätssicherung der Online-Befragung wurden die folgenden Maßnahmen angewendet: Eine Mehrfacheingabe über einen Computer wurde durch eine elektronische Markierung (Cookie) auf dem sendenden PC erschwert, die nur eine Eingabe erlaubte. Die Löschung dieser Cookies ist potenziell für Anwender möglich, es bedarf dazu jedoch erweiterter Computerkenntnisse. Zur Kontrolle der Datenqualität wurden die IP-Adressen der verwendeten Computer ausgewertet. Hier konnte ein systematischer Fehler durch Mehrfacheingabe einer IP-Adresse ausgeschlossen werden. Nicht ausgeschlossen werden können vorsätzliche Falscheingaben oder die Teilnahme Berufsfremder an der Befragung. Als ein Hinweis auf eine hohe Glaubwürdigkeit der Datengrundlage wurde jedoch gewertet, dass 48,6% der Befragten ihre privaten oder beruflichen E-Mail-Adressen angaben und sich bereit erklärten, für weitere Befragungen angeschrieben zu werden.

3.2 Stichprobenbeschreibung und -limitierung

Insgesamt konnten ca. 14.000 Teilnehmer an der Studie gezählt werden, die den Fragebogen teilweise oder ganz ausfüllten. In eine erste nähere Analyse eingeschlossen wurden zunächst 10.600 vollständig ausgefüllte Fragebögen, die auch die soziodemografischen Daten der Teilnehmenden auswiesen. Diese wurden am Ende des Fragebogens erhoben und bildeten die Grundlage für die Identifizierung des zentralen Einschlusskriteriums „Krankenhaus“ als Handlungsfeld. Teilnehmende anderer Berufsfelder (z.B. ambulante Pflege, Altenpflege) wurden ebenso ausgeschlossen wie Fragebögen, bei denen die Einrichtungsart nicht eindeutig identifiziert werden konnte. Damit reduzierten sich die eingeschlossenen Fragebögen. Auf den Krankenhaussektor entfielen insgesamt 9.719 Krankenpflegende unterschiedlicher Versorgungsbereiche. Im Folgenden sollen einige Merkmale der Studienteilnehmer vorgestellt werden.

8.488 der Antwortenden haben eine abgeschlossene Ausbildung in einem Pflegeberuf, 1.113 befinden sich noch in der Ausbildung (Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegeschüler). 118 im Krankenhaus Tätige machten hinsichtlich der Ausbildung keine Angaben. Im Durchschnitt (Mittelwert) weisen die Antwortenden 16,29 Berufs-

jahre in der Pflege aus. 52,4% der Befragten sind zwischen 30 und 50 Jahre alt. 79,9% der Antwortenden haben einen unbefristeten Arbeitsvertrag, drei von vier (73,1%) sind in Vollzeit tätig. Zwei von drei Antwortenden (66,1%) sind in einem Allgemeinkrankenhaus beschäftigt, weitere 18,2% arbeiten in Universitätskliniken. Einer spezifischen psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Fachklinik ordneten sich 9% der Antwortenden zu. Dem bettenführenden Bereich (Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Orthopädie etc.) ist mehr als jeder zweite Befragte der Studie beschäftigt (55,6%). Weitere 19,8% arbeiten auf einer Intensivstation und 20,1% der Angaben entfielen auf zahlreiche spezialisierte und kombinierte Fachabteilungen (gemischte Stationen, Geriatrie etc.).

Insgesamt betrachtet besteht die Stichprobe in der überwiegenden Mehrzahl aus ausgebildeten Gesundheits- und Krankenpflegenden, die in Vollzeit unbefristet und langjährig tätig sind, in einem Allgemeinkrankenhaus oder einer Universitätsklinik und im bettenführenden Bereich oder auf Intensivstationen arbeiten.

Limitierend festgehalten werden muss, dass es sich bei der Befragung um eine Gelegenheitsstichprobe handelt, sodass die Aussagen ihre Gültigkeit für die Gruppe der Befragten haben und nicht übertragbar auf die Grundgesamtheit aller bundesdeutschen Pflegekräfte im Krankenhaus sind.

3.3 Ausgewählte Ergebnisse zur Berufsbewertung und zur Berufsausübung

Im Folgenden sollen zunächst ausgewählte allgemeine Ergebnisse der Befragung vorgestellt werden. Die Ergebnisse zeichnen dabei ein differenziertes Bild bezüglich der Berufsbewertung. Aus Gründen einer vereinfachten Lesbarkeit werden im Folgenden die Kategorien „trifft voll zu“ und „trifft eher zu“ als Zustimmung gewertet. Die Kategorien „trifft eher nicht zu“ und „trifft gar nicht zu“ werden als ablehnende Bewertungen zusammengefasst.

Die Pflege wird von den Befragten insgesamt als ein Beruf beschrieben, in dem sie gute Entwicklungsmöglichkeiten für sich sehen. Eine altersspezifische Analyse zeigte, dass die positiven Bewertungen am stärksten in der Altersgruppe der unter 20-Jährigen (88,1%) und der 20-25-Jährigen (73,1%) vorherrschen. Ebenso schätzt mehr als jede zweite befragte Pflegekraft die Möglichkeiten, im Beruf neue Handlungsfelder kennenzulernen, positiv ein (53,1%).

70,2% geben an, dass sie ihr Fachwissen und ihre Kompetenzen im Rahmen ihrer Tätigkeiten voll umfänglich einsetzen können. Hinsichtlich der Unterstützung durch den Arbeitgeber geben 48,1% an, dass sie sich entsprechend unterstützt und gefördert fühlen.

Es zeigen sich bei den allgemeinen Einschätzungen zum Beruf aber auch kritische Aspekte. Nur etwas mehr als jeder Zehnte hält die Bezahlung für angemessen. Darüber hinaus kann sich mehr als jede fünfte befragte Pflegekraft (22,8%) vorstellen, ins Ausland zu gehen und dort in der Pflege zu arbeiten. Bei dieser Frage zeigen sich erwar-

tungsgemäß Unterschiede bei den Altersgruppen. Besonders ausgeprägt ist die Überlegung bei den unter 20-jährigen (44,4%) und den 20-25-jährigen Pflegenden (41,2%).

Kritisch zu reflektieren ist die Einschätzung zum Berufsverbleib. Nur jeder zweite Befragte in der Stichprobe (52,2%) plant, den Pflegeberuf bis zum Eintritt ins Rentenalter auszuüben. Korrespondierend konnte festgestellt werden, dass es in der Praxis der Befragten offensichtlich an tragfähigen und bekannten Konzepten mangelt, die einen Verbleib bis zum Eintritt ins Rentenalter ermöglichen. Nur etwa jeder Vierte (27,9%) gibt hier an, dass im eigenen Krankenhaus entsprechend spezifische Konzepte Anwendung finden. Dabei ist der Grad der vollen Zustimmung mit nur 4% sehr gering ausgeprägt.

3.4 Pflegekapazität und Patientensicherheit aus der Perspektive der Pflegenden

Der in diesem Artikel herausgehobene Aspekt ist die Patientensicherheit, wie sie sich aus Sicht der Befragten darstellt. Pflegerische Leistungserbringung ist grundsätzlich gebunden an das Vorhandensein ausreichender pflegerischer Kapazität. Diese kann auf unterschiedliche Art und Weise ausgedrückt werden (Auswahl):

- Relationen von Pflegekräften pro Patient
- Relationen von Pflegekräften pro Bett
- Anzahl der pflegenden Personen (Köpfe) in einem definierten Zeitraum (Tag/Schicht)
- Anzahl der Pflegenden differenziert nach Qualifikationen
- Arbeitszeit der Pflegekraft pro Patient
- Arbeitszeit der Pflegekräfte pro Bett ...

Die Vielzahl unterschiedlicher Bemessungsgrundlagen führt zu einer Schwierigkeit der Vergleichsmöglichkeit (Bostick 2006; Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2006), wenn Pflegekapazität und Pflegeergebnisse miteinander in Verbindung gebracht werden oder Studienergebnisse auf Basis einer Metaanalyse miteinander verglichen werden sollen.

3.4.1 Pflegekraft-Patienten-Relationen

Die Pflegekapazität in der vorliegenden Studie wurde auf Basis von Pflegekraft-Patienten-Relationen pro Schicht erhoben. Das heißt es wurde erfragt, wie viele Patienten im Durchschnitt pro Schicht durch eine Pflegekraft betreut werden. Die unterschiedlichen Bereiche und Settings im Krankenhaus (Intensivstationen versus Chirurgie/Innere etc.) zeigen sehr unterschiedliche Spannweiten auf und müssen daher differenziert betrachtet werden, s. Tabelle 1.

Im bettenführenden Bereich (Innere Medizin/Chirurgie/Gynäkologie etc.) sind es im Durchschnitt 14,5 Patienten, die von einer Pflegekraft pro Schicht betreut werden. Am häufigsten (Modus) wurde dabei die Anzahl 10 genannt. Die ausgewiesenen Per-

Pflegekraft-Patienten-Relationen im bettenführenden Bereich			
		Wie viele Patienten betreuen Sie im Durchschnitt verantwortlich während einer Schicht?	Wie hoch ist die durchschnittliche tägliche Patientenbelegung auf der Station/in der Abteilung, auf/in der Sie arbeiten?
N	gültig	5307	5308
	fehlend	100	99
Mittelwert		14,52	28,91
Modus		10	30
Perzentile	25	10,00	22,00
	50	12,00	28,00
	75	17,00	34,00

Tab. 1: Pflegekraft-Patienten-Relationen im bettenführenden Bereich

Pflegekraft-Patienten-Relationen im Intensivpflegebereich			
		Wie viele Patienten betreuen Sie im Durchschnitt verantwortlich während einer Schicht?	Wie hoch ist die durchschnittliche tägliche Patientenbelegung auf der Station/ in der Abteilung, auf/ in der Sie arbeiten?
N	gültig	1915	1909
	fehlend	12	18
Mittelwert		3,37	13,69
Modus		3	10
Perzentile	25	2,00	9,00
	50	3,00	12,00
	75	3,00	16,00

Tab. 2: Pflegekraft-Patienten-Relationen im Intensivpflegebereich

zentile unterteilen die Daten in Gruppen. Die Angabe neben der Perzentile 50 bedeutet beispielsweise, dass die Hälfte der Befragten bis zu 12 Patienten verantwortlich pro Schicht, die andere Hälfte über 12 Patienten pro Schicht betreut. Die Angabe neben der 75 heißt, dass 75% der Befragten bis zu 17 Patienten pro Schicht betreuen.

Die Relationen auf den Intensivstationen sind erwartungsgemäß kleiner, s. Tabelle 2. Hier sind es pro Schicht am häufigsten 3 Patienten, die von einer Pflegekraft verantwortlich betreut werden. Der Mittelwert liegt nur geringfügig darüber. Die Relationen sind erste deskriptive Anhaltspunkte bezüglich einer zu führenden Diskussion um die Pflegekapazität im Krankenhausbereich. Sie lassen jedoch keine Rückschlüsse auf eine Versorgungsintensität der Patienten oder die tatsächliche Arbeitsintensität der Pflegekräfte zu und müssten im Längsschnitt betrachtet werden, um eindeutige Hinweise einer Kapazitätsverminderung aufzudecken.

Die Pflegekapazität insgesamt sinkt, wenn die Zahl der Pflegekräfte selbst sinkt oder aber die Patientenanzahl bei gleichem Personalbestand ansteigt. Eine Subgruppenana-

lyse (N= 7.666), die ausgebildete Pflegende einschloss, die länger als ein Jahr in ihrem Tätigkeitsfeld bei ihrem Arbeitgeber beschäftigt waren und so Veränderungen hinsichtlich der Pflegekapazität bewerten können, wurde durchgeführt. Als Merkmal einer erlebten Kapazitätsveränderung wurden die folgenden Indikatoren festgelegt:

- Die Pflegenden gaben an, dass Personalstellen in ihrem Bereich im letzten Jahr abgebaut wurden
- Die Pflegenden gaben an, dass sie mehr Patienten betreuten als im Vorjahr
- Die Pflegenden gaben an, dass sie Überstunden nicht zeitnah wieder ausgleichen können

Insgesamt zeigte sich, dass dieser Subgruppe 25,1% der Befragten zugerechnet werden können. Damit liegt bei rund jedem vierten der Stichprobe eine beobachtete Verringerung der Pflegekapazität gegenüber dem vorherigen Jahr vor.

3.4.2 *Pflegearbeitsintensität*

Ein Aspekt, der die Arbeitsbelastung und damit eine Erhöhung der Pflegearbeitsintensität abbildet, ist die Frage nach zusätzlichen Dienstzeiten (Einsparungen). 29,3% der Befragten gaben an, im letzten Monat einmal zusätzlich zum regulären Wochenenddienst einen weiteren Wochenendtag gearbeitet zu haben. Etwas mehr als jede fünfte Pflegekraft (22,5%) gab an, zwei Tage durch zusätzliche Arbeit abgedeckt zu haben. Ein weiterer Parameter der Intensitätsbeschreibung sind Überstunden, die geleistet werden. Die „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ (<http://www.inqa.de>) schlägt bezüglich der Bewertung von Überstunden ein Ampelsystem vor. Als Grünphase werden hier bis zu 25 Überstunden erachtet. Bei 26>45 Stunden wird eine Gelbphase beschrieben. Die Rotphase gilt als alarmierend. Die Analyse der angegebenen Überstunden der Stichprobe führt vor dem Hintergrund dieses Bewertungsrahmens zu folgenden Ergebnissen:

Nur jede dritte Pflegekraft (34,9%) in der Studie hat dieser Definition nach innerhalb der letzten sechs Monate Überstunden im Rahmen der Grünphase geleistet. Alle anderen Pflegekräfte haben mehr Überstunden angegeben. 40% der Befragten liegen hinsichtlich des Überstundenkontingentes in der Rotphase (46-70 Stunden). Betrachtet man die Antworten zur Frage nach einem zeitnahen Ausgleich der Überstunden, so äußerten die Befragten mehrheitlich (58,8%), die Überstunden nicht zeitnah wieder ausgleichen zu können.

3.4.3 *Patientensicherheit*

In Ermangelung vorhandener Kennzahlen zu pflegesensitiven Indikatoren in Deutschland sollten mit der Befragung Einschätzungen zur Patientensicherheit aus Sicht der Pflegenden systematisiert werden.

Zunächst wurden allgemeine Fragen zur Versorgung und Einschätzung der Patientensicherheit auf der Station erfragt. Die Frage enthielt keinen zeitlichen Bezugspunkt

und stellt somit eher eine „allgemeine Einschätzung“ dar. Mehr als jede zweite Pflegekraft (56,5%) gab an, dass die Schichtbesetzungen mit examinierten Pflegenden nicht ausreichen würden („trifft eher nicht zu“/„trifft gar nicht zu“), um eine pflegfachliche Absicherung der Patientenversorgung zu gewährleisten. 38,4% sahen Probleme, pflegerische Prophylaxen in angemessener Art und Weise zu erbringen. Ebenso beurteilten lediglich zwei von fünf Pflegenden (41,3%) zustimmend, dass die Kontakthäufigkeit zwischen examiniertem Personal und Patienten eine individuelle Patientenversorgung ermöglichen würde. Zwei von drei Befragten (62,9%) gaben aber an („trifft voll zu“/„trifft eher zu“), dass sie die von ihnen versorgten Patienten insgesamt betrachtet häufig genug pro Schicht sehen, um eine generelle Sicherheit der Patientenversorgung zu gewährleisten.

Als methodische Grundlage des zentralen Befragungsteils zur Patientensicherheit der Studie wurde das Bernca[®] verwendet (Basel Extent of Rationing of Nursing Care Instrument) (Schubert et al. 2007), ein Instrument, das bereits in der RICH-Studie „Rationing in Switzerland Hospitals“ zum Einsatz kam (Schubert et al. 2008). Das Bernca[®] ist vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel entwickelt und evaluiert worden. Basierend auf dem Bernca[®] wurden Fragen zur konkreten Versorgung der Patienten innerhalb der letzten sieben Arbeitstage gestellt. Dieser definierte Zeitraum kann als überschaubar bezeichnet werden und spezifiziert die Fragen zur allgemeinen und nicht zeitlich ausgewiesenen Patientenversorgung.

Das Instrument sieht vor, dass die Pflegenden auf einer Likertskala anhand einer Bewertung von insgesamt fünf Ausprägungen zu unterschiedlichen Aspekten der Versorgung befragt werden. Gefragt wird: „Wie oft ist es in Ihren letzten sieben Arbeitstagen vorgekommen, dass ...?“

Die Ausprägungen erlauben Bewertungen von „Maßnahme war nicht erforderlich“ über „nie“, „selten“, „manchmal“ bis „oft“. Diese Kategorien und Fragen aus dem Bernca[®] wurden beibehalten.

Die nachfolgenden Grafiken zeigen die Bewertungen zu jeweils vorformulierten Aussagen aus der Perspektive der Befragten.

Hinsichtlich der Bewertung der Aussagen kann dabei Folgendes diskutiert werden: Aus der Perspektive des Verbraucherschutzes ist die einzige adäquate Qualitätsdimension die vollständige Abwesenheit eines definierten Mangels. Hier gilt eine Null-Fehler-Toleranz. Patienten sollten keinerlei zusätzliches Risiko, das nicht aufgrund der Krankheit immanent besteht, erleiden müssen. Aus dieser Perspektive ist die zentrale Dimension die Antwortkategorie „nie“. Diese ist in der nachfolgenden Grafik schwarz und bildet jeweils den linken Bereich des Stapeldiagramms. Dem gegenüber steht die Kategorie „oft“, die auf erhebliche oder gravierende Mängel hinweist, vgl. Abbildung 2.

Deutlich wird, dass von den Befragten in erheblichem Umfang Einschränkungen in der Versorgung in den letzten sieben Tagen benannt wurden. Keine der beschriebenen Mängel wurde von mehr als 55% der Befragten mit der Dimension „nie“ beantwortet (Mängel bei der Händehygiene). Im Umkehrschluss heißt dies, dass auch in diesem

Frage: „Wie oft ist es in den letzten sieben Arbeitstagen vorgekommen, dass...“

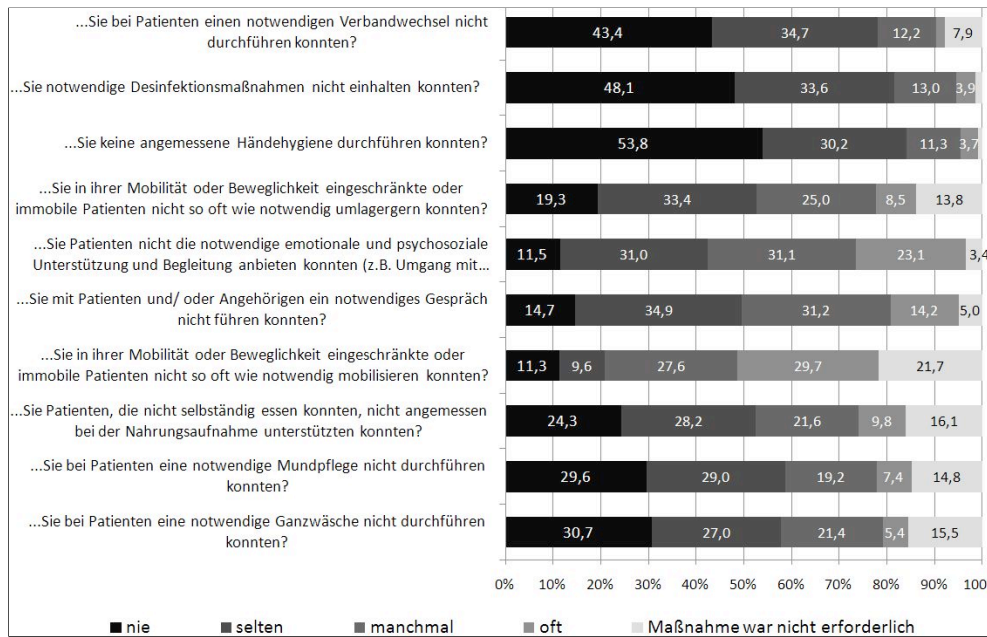


Abb. 2: Mängel der Patientensicherheit 1© dip 2010'

sensiblen Bereich noch 45% der Befragten seltene oder manchmal vorkommende Mängel bei der Händehygiene während der letzten sieben Arbeitstage benannt werden. In allen anderen Leistungsbereichen äußerten mehr als jeder Zweite das Vorhandensein von Mängeln. Hervorzuheben ist, dass 29,7% angaben, dass in ihrer Beweglichkeit eingeschränkte oder immobile Patienten oftmals nicht die notwendige Mobilisation erfahren konnten. Nur etwa jeder fünfte schließt Mängel bei notwendigen Lagerungen der Patienten aus.

Ergänzt wurde das Bernca® um eigene weitere Fragestellungen, die die Antwortkategorien „nie“, „selten“, „häufiger“ und „oft“ aufwiesen. Diese Kategorien weichen leicht von den gewählten Ausprägungen des Bernca® ab. Nach ausführlichen Diskussionen bei der Konstruktion wurde festgestellt, dass das sprachliche Gegenüber von „selten“ zutreffender mit „häufiger“ als mit „manchmal“ definiert werden müsste. Abbildung 3 zeigt die Bewertungen der Befragten zu den weiterführenden Aussagen zur Patientensicherheit.

Am wenigsten stabilisieren ließen sich offensichtlich die Beobachtungen bei desorientierten und verwirrten Patienten. Jeder vierte Antwortende stellte hier sogar fest, dass Beobachtungsmängel oft vorkommen. Die eingeschätzten Mängel bleiben dabei der Einschätzung der Befragten nach nicht folgenlos. Nur jeder Fünfte (21,5%) schloss aus, dass Beobachtungsmängel verwirrter Patienten zu einer FEM [freiheitseinschränkenden Maßnahme] führen. Jeder neunte Befragte gab an, dass dies oft vorkommt. Vor

1 Geringfügige Werte sind nicht ausgewiesen, um eine Überlagerung der Zahlen zu vermeiden. Abweichungen bis 0,1% ergeben sich durch die gerundeten Werte.

Frage: „Wie oft ist es in den letzten sieben Arbeitstagen vorgekommen, dass Sie ...“

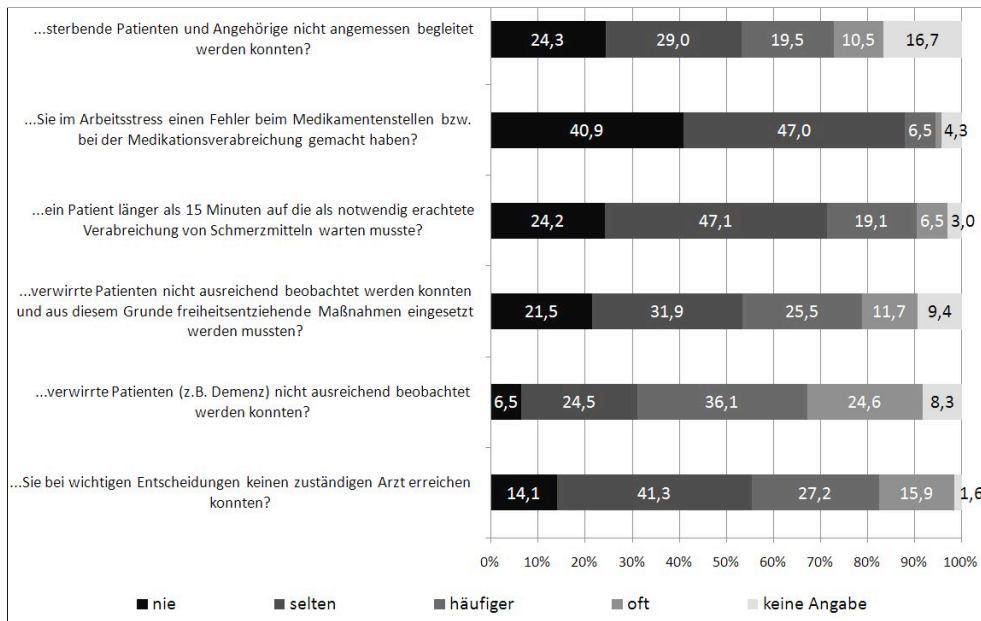


Abb. 3: Mängel der Patientensicherheit 2© dip 2010

dem Hintergrund der hohen Bedeutung dieses Themas (Krüger et. a. 2010) muss in die Diskussion aufgenommen werden, dass sich die Personalausstattung erheblich auf die Prävalenz von FEM auswirken kann. Am ehesten stabilisiert werden konnten offensichtlich Maßnahmen der Medikationen (Ausschluss von Mängeln bei 40,9%). Auch bei diesem gravierenden Aspekt ist es in der näheren Analyse aber fast jeder zweite Befragte, der seltene Mängel (47%) in den letzten sieben Arbeitstagen einräumt; 6,5% geben sogar an, dass dies häufiger der Fall gewesen sei.

Festzuhalten ist in der Gesamtschau, dass die beschriebenen Mängel sich nicht auf begleitende und primär psychosoziale Aufgaben der Pflegearbeit begrenzen. Diese sind auch betroffen, weisen jedoch nicht die häufigsten Werte auf. Auch wenn es sich bei den Ergebnissen um eine Deskription und nicht um harte Kennzahlen und eindeutige Bemessungen (was ist notwendig?/wer bestimmt dies?) handelt, zeigt sich hier, dass Kernbereiche der Pflegearbeit von den Befragten nicht vollumfänglich stabilisiert werden können und die Pflegekapazität derzeit nicht auszureichen scheint, um vollumfänglich Patientensicherheit zu gewährleisten.

4. Schlussbetrachtung

Die an dieser Stelle beschriebenen Befunde haben zunächst ihre Gültigkeit für die Stichprobe und sind somit generalisierbar. Sie sind jedoch in der Eindeutigkeit für das gesamte Praxisfeld der pflegerischen Versorgung im Krankenhaus von hoher Relevanz und sollten reflektiert und diskutiert werden.

Eine erste Schlussfolgerung ist, dass mit Nachdruck darauf eingewirkt werden muss, die konkrete Situation der Pflegearbeit im Krankenhaus zu verbessern. Dies wird nicht nur durch die vorliegenden, sondern auch durch die in diesem Artikel benannten Studienergebnisse untermauert. Die Attraktivität des Berufes und die Motivation im Beruf hängen nicht zuletzt davon ab, ob Bedingungen im Berufsalltag vorherrschen, die die Realisierung eines professionellen Anspruchs an die Ausübung des Berufes auch erlauben. Eine Diskussion über den Verbleib von Pflegekräften im Krankenhaus, eine altersgerechte Arbeitsplatzgestaltung und eine gezielte Nachwuchsgewinnung und -förderung kann daher nicht getrennt geführt werden von der Diskussion um die konkrete Arbeitssituation. Wird Pflegenden die Durchführbarkeit einer angemessenen, sicheren und als sinnvoll erlebten Patientenversorgung durch eine Arbeitsverdichtung erschwert, so werden die möglichen Folgen Demotivation, Stellenreduktion oder eine eventuell gefährliche Anpassung der Berufsnormen an die erlebte Arbeitsrealität sein. Hier bedarf es einer vertieften Diskussion um Maßstäbe der Pflegequalität und um Maßstäbe der Pflegekapazität und Mindestausstattung.

Ein weiterer Hinweis aus der Analyse ist, dass es dringend der gezielten Erfassung pflegesensibler Indikatoren und der verbesserten Erhebung der pflegerischen Ausstattungsmerkmale der Krankenhäuser bedarf, um empirisch sichere Befunde zur Patientensicherheit abbilden zu können. Die bisherig verwendeten Kriterien der Qualitätsabbildung in den Krankenhäusern (z.B. BQS Datensätze) reichen hier nicht aus. Dies kann eine Erklärung dafür sein, dass über viele Jahre ein Abbau an Pflegekapazität erfolgen konnte, ohne dass auf Seiten der Qualitätsmessungen Warnhinweise angezeigt wurden. Ebenso sind die in den amtlichen Statistiken erfassten Kennzahlen der Pflege im Krankenhaus weiter zu differenzieren und zu spezifizieren, damit Pflegekraft-Patienten-Relationen für einzelne Abteilungen (z.B. Intensivstationen) im Längsschnitt beobachtet und kontrolliert werden können.

Eine konkrete Handlungsempfehlung aus den Ergebnissen ist, dass dem Zusammenhang zwischen den Merkmalen hoch belastet Pflegenden (mehr Patienten, weniger Pflegenden, hohe Überstunden, die nicht zeitnah abgeleistet werden können) und den Auswirkungen auf die Patientensicherheit nachzugehen ist. In allen Aspekten der Patientensicherheit wies diese Gruppe schlechtere Werte auf. Die identifizierten Merkmale können daher als „Trigger“ für Einrichtungen genutzt werden, um gezielt dort nachzuforschen und zu intervenieren, wo ein höheres Risiko für eine schlechtere pflegerische Patientenversorgung besteht.

Literatur

- Becker, A. (2010): Personalausstattung und Ergebnisqualität. In: Die Schwester Der Pfleger, Gesundheitspolitik, Jg. 49, H. 1, S. 74-79
- Bergquist-Beringer, S.; Davidson, J.; Agosto, C.; Linde, N. K.; Abel, M.; Spurling, K. et al. (2009): Evaluation of the National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI) Training Program on Pressure Ulcers. In: Journal of continuing education in nursing, Jg. 40, H. 6, S. 252-8; quiz 259-60, 279

- Bostick, J. E.; Rantz, M. J.; Flesner, M. K.; Riggs, C. J. (2006): Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes. In: *Journal of the American Medical Directors Association*, Jg. 7, H. 6, S. 366-376.
- Braun, B.; Buhr, P.; Müller, R. (2008): Pflegearbeit im Krankenhaus. Ergebnisse einer wiederholten Pflegekräftebefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten. St. Augustin: Asgard-Verl. (GEK-Edition 60)
- Braun, B.; Klink, S.; Müller, R. (2010): Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern. In: *Pflege & Gesellschaft*, Jg. 15, H. 1, S. 5-19
- Busse, T.: (2010): OP-Barometer 2009. Arbeitssituation und Arbeitsumfeld der Funktionspflege im OP-Bereich. Zentrum für Gesundheitswirtschaft und -recht. Frankfurt. Online verfügbar unter: http://www.fh-frankfurt.de/de/.media/-busse/3m_opbarometer_pflege2009_final.pdf, zuletzt geprüft am 30.11.2010
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe: Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus? – Fakten zum Pflegekollaps. Ausgewählte Ergebnisse der DBFK-Meinungsumfrage 2008/09. Pressemitteilung vom 2009. Berlin
- Gajewski, B. J.; Mahnken, J. D.; Dunton, N. (2008): Improving quality indicator report cards through Bayesian modeling. In: *BMC medical research methodology*, Jg. 8, S. 77
- Görres, S. et al (2010): „Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten“ _ Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes. _ ERGEBNISBERICHT _ Herausgegeben von Institut für Public Health und Pflegeforschung (ipp) Universität Bremen. Bremen
- Griffiths, Peter; Murrells, Trevor; Maben, Jill; Jones, Simon; Ashworth, Mark (2010): Nurse staffing and quality of care in UK general practice: cross-sectional study using routinely collected data. In: *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, Jg. 60, H. 570, S. 36-48. Online verfügbar unter doi:10.3399/bjgp10X482086
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2006): Arbeitspapier: Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung. Eine systematische Übersicht. Köln
- Kane, R. L.; Shamliyan, T.; Mueller, C.; Duval, S.; Wilt, T. J. (2007): Nurse staffing and quality of patient care. In: *Evidence report/technology assessment*, H. 151, S. 1-115
- Kravitz, R. L.; Sauvé, M. J. (2002): Hospital Nursing Staff Ratios and Quality of Care. Final Report of Evidence, Administrative Data, an Expert Panel Process, and a Hospital Staffing Survey. Herausgegeben von Center for Health Services Research in Primary Care. California
- Krüger, C.; Meyer, G.; Hamers, J. (2010): Mechanische freiheitsentziehende Maßnahmen im Krankenhaus. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. Jg. 43, H 5, S. 291-296.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2010): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2010. Situation der Ausbildung und Beschäftigung in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Hausdruck
- Minnesota Evidence-based Practice Center (2007): Nurse Staffing and Quality of Patient Care. Unter Mitarbeit von R. L. Kane, T. Shamliyan und C. Mueller et al. Herausgegeben von Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services. Rockville. (Evidence Report/Technology Assessment, 151)
- Price Waterhouse Cooper (Hrsg.) (2010) Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. Frankfurt
- Rafferty, A.; Clarke, S. P.; Coles, J.; Ball, J.; James, P.; McKee, M.; Aiken, L. H. (2007): Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. In: *International journal of nursing studies*, Jg. 44, H. 2, S. 175-182
- Schubert, M.; Glass, T. R.; Clarke, S. P.; Aiken, L. H.; Schaffert-Witvliet, B.; Sloane, D. M.; Geest, S. de (2008): Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. In: *International journal for quality in health care*, Jg. 20, H. 4, S. 227-237

- Schubert, M.; Glass, T. R.; Clarke, S. P.; Schaffert-Witvliet, B.; Geest, S. de (2007 Nov-Dec): Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. In: Nursing research, Jg. 56, H. 6, S. 416-424
- Simon, M. (2007): Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Eine Analyse der Entwicklung zwischen 1991 und 2005. In: efn-papers ; 07-001. Online verfügbar unter <http://www.fakultaet5.fh-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/papers/07-001.pdf>
- Simon, M. (2008): Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Mindestanforderungen als Ansatz zur nachhaltigen Sicherung einer ausreichenden Personalbesetzung. Hannover. Online unter: http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2008-116-4-1.pdf
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2010): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Krankenhäuser, Personalkosten. Region: Nordrhein-Westfalen, Art der Einrichtung: Krankenhäuser insgesamt. Online verfügbar unter <http://www.gbe-bund.de>, zuletzt geprüft am 17.08.2010
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2010): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Krankenhäuser / Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen, Personal, u.a. nach Region. Region: Nordrhein-Westfalen, Vollkräfte. Online verfügbar unter <http://www.gbe-bund.de>, zuletzt geprüft am 17.02.2010
- University of California San Francisco (UCSF) - Stanford University Evidence-based Practice Center (2002): Measures of Patient Safety Based on Hospital Administrative Data. The Patient Safety Indicators. Unter Mitarbeit von P. S. Romano, J. Geppert und S. M. Davies et al. Herausgegeben von Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services. Rockville,. (Technical Review, 5)
- University of Technology Sydney (Hg.) (2007): Glueing it together - Nurses, Their Work, Environment and Patient Safety. Unter Mitarbeit von C. Duffield, M. Roche und L. O'Brien Pallas et al. Sydney

Prof. Dr. Michael Isfort
Prof. Dr. Frank Weidner
Andrea Neuhaus
Roland Brühne
Sebastian Kraus
Veit Köster
Danny Geblen

Kontaktadresse:

Prof. Dr. rer. medic. Michael Isfort
Abteilungsleiter III (Pflegearbeit und -beruf)
Mitglied des Vorstandes Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
Hülchrather Str. 15, 50670 Köln, m.isfort@dip.de

Sigrun Fritz, Ulrike Pietrzyk

Untersuchung zum Nutzenpotenzial ehrenamtlicher Tätigkeit in der Pflege – mit weiterführenden Fragen zur Abgrenzung hauptamtlicher und ehrenamtlicher Tätigkeit

Investigation about the benefits of voluntary work in nursing – with additional questions in order to clear the boundaries between full-time employment and voluntary work

This article presents the results of a one-shot-post-then-investigation in 2008 about the effects of voluntary work on social organizations. 130 half-standardized interviews were used to measure the effects of voluntary work für users, the voluntaries themselves, full-time workers and the image of the organization. The measurement was done in a hospital, an old peoples' house and in a parish. In all three organizations significant effects were measured. The effects were translated into return-on-invest-figures with the qualitative cost-benefit-analysis. In addition, a remarkable side-effect is focused: the going together of high benefit for the users with intensive integration of full-time employment and voluntary work and opposite low benefit with strict boundaries between both types of work. This is taken as a hint on the importance of close connection with the full-time occupation, which strongly influences the success of voluntary work. Finally methodical, occupational-ethic and liability questions of separation/ connection between the two kinds of labour are discussed on behalf of the investigation.

Keywords

cost-benefit-analysis, effect strength, benefits, ethics, full-time employment, voluntary work, separation, connection

Der Artikel stellt die Ergebnisse einer „Einpunkt-Nachher-Damals-Messung“ zum Nutzen der ehrenamtlichen Tätigkeit in sozialen Einrichtungen dar. Mit Hilfe von 130 teilstandardisierten Interviews wurden die Effekte ehrenamtlicher Tätigkeit für die Nutzer, die Ehrenamtlichen, die Hauptamtlichen und für das Image der Organisation gemessen. Die Analyse erfolgte in einem Kreiskrankenhaus, einem Wohnhaus für Senioren und einer Pfarrgemeinde. In allen drei Einrichtungen konnten deutliche Effekte der ehrenamtlichen Tätigkeit nachgewiesen werden. Die Effekte wurden mit Hilfe der qualitativen Kosten-Nutzen-Analyse in Euro übersetzt. Weiter wird auf ein auffälliges Nebenergebnis fokus-

eingereicht 29.06.2009

akzeptiert 31.07.2010 (nach Überarbeitung)

siert: das Einhergehen von hohem Nutzen für die Nutzer bei erfolgreicher Integration ehrenamtlicher und hauptamtlicher Tätigkeit und umgekehrt geringer Nutzen bei starker Abgrenzung. Dies wird als Hinweis auf die Wichtigkeit der Verzahnung ehrenamtlicher mit hauptamtlicher Tätigkeit gesehen, welche den Erfolg ehrenamtlicher Tätigkeit entscheidend beeinflusst. Am Beispiel der Untersuchung werden abschließend methodische, berufsethische und haftungsrechtliche Fragen der Abgrenzung diskutiert.

Schlüsselwörter

Kosten-Nutzen-Analyse, Effektstärke, Nutzen, Ethik, Hauptamtliche, Ehrenamtliche, Abgrenzung, Zusammenarbeit

1. Ziele der Untersuchung

Im Jahr 2008 gab ein gemeinnütziger Verband die Untersuchung zur Bestimmung des Nutzens ehrenamtlicher Tätigkeit in drei sozialwirtschaftlichen Einrichtungen, in denen ehrenamtlich Tätige des Verbandes arbeiten, in Auftrag. Ziel sollte es sein, den Nutzen der Tätigkeit in den unterschiedlichen Einrichtungen in Euro zu ermitteln.

Der Untersuchungsauftrag war mit der Forderung verbunden, es nicht bei einer reinen Stundenerfassung mit nachfolgender Multiplikation der Stunden und Stundenlöhne zu belassen, wie üblicher Weise wirtschaftliche Einschätzungen ehrenamtlicher Tätigkeit vorgenommen werden (vgl. Ackermann, 2008; Feslmeier et al., 2004; Kral et al., 2007; Krings, 2007; Landkreis Cham, 2004; Schelbert, 2007; vnbw, 2007; Wittmann et al., 2002), sondern über die quantitative Nutzensbestimmung hinaus, den im qualitativen Bereich liegenden Nutzen zu ermitteln. Mit der herkömmlichen Methode kann diese Forderung nicht erfüllt werden. Um ein ganzheitliches Bild ehrenamtlicher Tätigkeit zu schaffen, bedarf es einer Synthese von quantitativ harten und qualitativ weichen Kennwerten. Die im vorliegenden Projekt zum Einsatz kommende Methode der qualitativen Kosten-Nutzenschätzung auf Basis erlebter Effekte soll diesem Anspruch gerecht werden. Die Quantifizierung des Nutzens ehrenamtlicher Tätigkeit erfolgt nicht nur über die Stundenzahl oder über fiktive Schätzungen, sondern zusätzlich auf der Basis erreichter Veränderungen bei qualitativ sinnvollen Kennzahlen. Darin besteht der Neuheitswert der vorliegenden Studie.

2. Methodisches Vorgehen

2.1 Stichprobe

Um die Vielfalt ehrenamtlicher Tätigkeit abzubilden, wählte der Auftraggeber drei unterschiedliche Organisationseinheiten aus: ein zu einer größeren Trägergesellschaft gehörendes Wohnhaus für Senioren (ca. 130 Mitarbeiter und ca. 150 Bewohner), ein staatlich geführtes Kreiskrankenhaus (ca. 700 Mitarbeiter und ca. 12.000 Patienten im Jahr) und eine Pfarrgemeinde mit über 15.000 Mitgliedern (vgl. Fritz et al., 2010).

Zum Nutzen ehrenamtlicher Tätigkeit wurden insgesamt 76 Ehrenamtliche, 20 Hauptamtliche, 25 Nutzer und neun Angehörige der Nutzer sowie je zwei Vertreter der

jeweiligen Organisation befragt. Die Teilnahme an der Untersuchung erfolgte freiwillig. Die Stichprobe ist als Gelegenheitsstichprobe zu kennzeichnen. Das Alter der 130 befragten Personen lag zwischen 25 und 88 Jahren. Der überwiegende Anteil der Befragten waren Frauen (81%). Über die Hälfte der Gesamtstichprobe (60%) befand sich zum Zeitpunkt der Untersuchung im Ruhestand.

2.2 Erhebungsinstrumente

Für die *quantitative Erfassung des Nutzens* ehrenamtlicher Tätigkeit wurde ein Zeiterfassungsbogen genutzt, in dem jeweils 20-30 ehrenamtlich Tätige in jeder beteiligten Einrichtung über einen Zeitraum von einem Monat ihre geleisteten ehrenamtlichen Stunden dokumentierten.

Zur Erfassung *qualitativer Nutzensbereiche* ehrenamtlicher Tätigkeit wurde in einem zweiten Schritt ein halbstandardisierter Interviewleitfaden entwickelt. Dem Leitfaden liegt das Modell von Robert Dilts (1997) zur Beschreibung von persönlicher Veränderung zugrunde. Die Bewusstseins Ebenen nach Dilts (1997) umfassen Bereichen wie Verhalten, Fähigkeiten, Kompetenzen als auch Einstellungen, Werte, Identität. Letztere nehmen eine zentrale Stelle in der pflegenden Arbeit ein. Gemeinsam mit Vertretern des Auftraggebers wurden auf der Grundlage dieses Modells Beispiele und Fragen zum Nutzen für die Organisation, die Nutzer und die Ehrenamtlichen selbst zusammengetragen.

Der Interviewleitfaden enthält – abgesehen von der Erhebung der Daten zur Kennzeichnung der Untersuchungsstichprobe, Fragen zur Nutzensbewertung, Fragen zu subjektiven Erwartungen und dem tatsächlichen Erleben von Rahmenbedingungen ehrenamtlicher Tätigkeit sowie die Bewertung ehrenamtlicher Tätigkeit nach Basis-, Leistungs- und Begeisterungsanforderung (Fritz et al. 2010).

2.2 Methode der qualitativen Kosten-Nutzen-Analyse

Die qualitative Kosten-Nutzen-Analyse basiert auf der Erhebung der Effekte bei qualitativ sinnvollen Kennzahlen. Dabei ist es unabdingbar, dass sich Veränderungseffekte zeigen, der Nachweis der Effektivität ist die Voraussetzung für Aussagen zur Effizienz.

Für die Stichprobe der Ehrenamtlichen, Hauptamtlichen und Nutzer der drei befragten Organisationen wurden die im halbstandardisierten Interview erfassten Aussagen zu Veränderungen durch ehrenamtliche Tätigkeit für die Effektbestimmung genutzt, indem zunächst Mittelwerte und Streuwerte berechnet wurden. Bei den Einschätzungen handelt es sich um Bewertungen im Nachhinein (sogenannte Post-Then-Angaben). Zur Berechnung der Effektstärke wird der Mittelwert der erlebten Veränderungsangaben inhaltlich in einen effektiven und einen noch nicht effektiven Anteil zerlegt. Wenn wie in der vorliegenden Untersuchung die Einschätzung „...beeinflusst durch Ehrenamtliche“ auf einer vierstufigen Skala (1 = nicht, 2 = kaum, 3 = etwas und 4 = deutlich) eingeschätzt wird, dann sind Einschätzungen mit 1 (keine

Veränderung) oder mit 2 (kaum Veränderungen) noch nicht effektiv. Erst eine Differenz, die über 2 hinausgeht, spricht für einen positiven Effekt. Daher wird von den Mittelwerten jeweils ein Betrag von 2 abgezogen, um den effektiven Anteil der erlebten Veränderungen zu ermitteln. Der so ermittelte Wert wird durch die Standardabweichung dividiert und ergibt die Effektstärke (vgl. Formel 1).

$$d_{\text{post-then}} = (\text{MW}-2) / \text{SD} \quad (1)$$

d_t = Effektstärke; MW= Mittelwert; SD= Streuwert (standard deviation)

Die berechneten Effekte ehrenamtlicher Tätigkeit werden anschließend in einem zweiten Schritt zur Ermittlung des Bruttonutzens herangezogen. Der Bruttonutzen für jede mit der Tätigkeit von Ehrenamtlichen verbundene Fragestellung wird nach Schmidt et al. (1982: 346) aus der Multiplikation von fünf Faktoren ermittelt (vgl. Formel 2). Dabei nimmt die vorab beschriebene Effektstärke d_t für jede Fragestellung einen unterschiedlichen Betrag an, während alle anderen Faktoren für den erfragten Kontext gleich sind.

Der Bruttonutzen wird durch Multiplikation der in Gleichung (2) benannten Variablen berechnet:

$$U_B = d_t \times \text{SD}_y \times A \times N \times t \quad (2)$$

U_B = Bruttonutzen

d_t = Effektstärke (Verschiebung um welche Standardabweichung beim „weichen“ Faktor)

SD_y = konservativ geschätzte mittlere Standardabweichung beim „harten“ Faktor (mittlere Standardabweichung der Leistung)

A = gemeinsame Schnittmenge zwischen weichem und hartem Faktor (gemeinsame Varianz)

N = Anzahl der Nutzer

T = Zeitdauer der Wirkung

Die Formel hat sich in der Kosten-Nutzen-Analyse schon vielfach in unterschiedlichen Kontexten bewährt (Cascio 1991; Fritz et al. 2000; Fritz et al. 2007; Funke et al., 1995; Gülpen 1996; Holling et al. 1999; Phillips 1991; Stephan et al. 2002; Wittmann 1986; Wittmann et al. 2002). Neben den qualitativen Veränderungen im Erleben (d_t), die im Interview erfragt wurden, werden die mittlere Standardabweichung bei der Leistung der Ehrenamtlichen (SD_y), die gemeinsame Schnittmenge zwischen den qualitativen Effekten und der Leistung (A), die Anzahl der Nutzer (N) sowie die voraussichtlichen Zeitdauer des Effektes (t) mit einbezogen.

Zur Ermittlung der Rendite werden vom Bruttonutzen die Kosten abgezogen (ergibt den Nettonutzen) und dieser wird durch die Kosten geteilt. Die Rendite ist eine dimensionslose Zahl, die besagt, wie viele Euro ein investierter Euro an Gewinn (schon unter Abzug der Kosten) bringt.

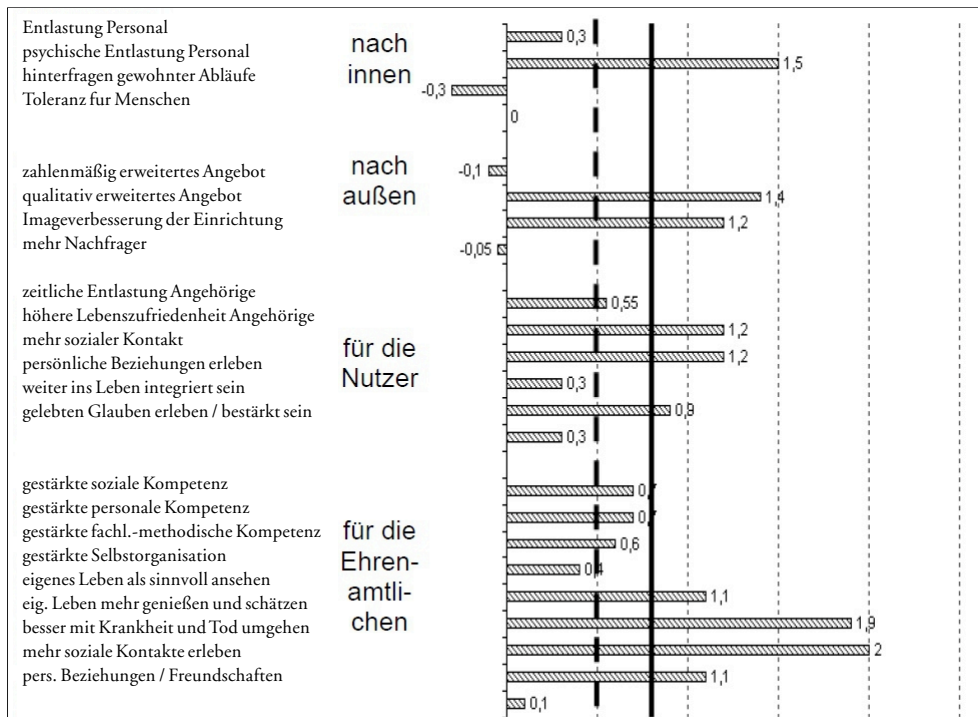


Abb. 1: Krankenhaus, Effektstärken für Veränderungen, welche die Befragten bzgl. der durch Ehrenamtliche hervorgerufenen Veränderungen wahrnehmen.

--- Effektstärken > 0,5 sind für unmittelbar Beteiligte spürbar,

— Effekte > 0,8 auch für Außenstehende spürbar, vgl. Cohen (1988)

Bei dieser Einschätzung ergab sich für das Krankenhaus eine Gesamtrendite von Null, für das Wohnheim lag die Rendite im ein- bis zweistelligen Bereich, für die Pfarrgemeinde sogar noch höher. Eine genauere Beschreibung des methodischen Vorgehens mit detaillierten Zahlenangaben und Rechenwegen der Untersuchung ist bei Fritz et al. (2010) zu finden. Folgend werden die Effekt-Ergebnisse für das Krankenhaus und das Wohnhaus für Senioren dargestellt, für die anschließend ein sich in der Untersuchung auffälliges Nebenergebnis gezeigt hat, welches vertieft diskutiert werden soll.

3. Ergebnisse

a) Nutzen im Krankenhaus

Die für die Ermittlung des Nutzens maßgebliche Effektstärke ehrenamtlicher Tätigkeit im Krankenhaus wurde auf der Basis der Interviewdaten von 41 Befragten des Kreiskrankenhauses (20 Ehrenamtliche, 9 Hauptamtliche und 12 Nutzer und Angehörige) ermittelt. Aus den skalierten Angaben der Interviews wurden Mittelwert und Streuwert für Veränderungen in vier Nutzensrichtungen (für die Organisation zum einen nach innen und zum anderen nach außen, für die Nutzer sowie für die Ehrenamtlichen) ermittelt. Negative Vorzeichen bedeuten, dass kein Nutzen in dieser Kategorie

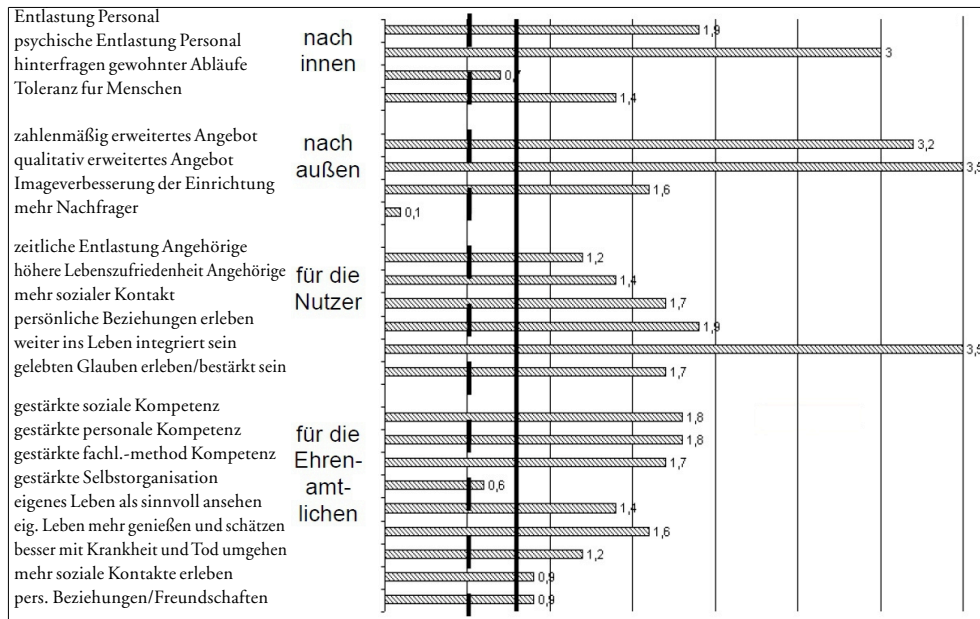


Abb. 2: Wohnhaus für Senioren, Effektstärken für Veränderungen, welche die Befragten bzgl. der durch Ehrenamtliche hervorgerufenen Veränderungen wahrnehmen
 - - - Effektstärken > 0,5 sind für unmittelbar Beteiligte spürbar,
 — Effekte > 0,8 auch für Außenstehende spürbar, vgl. Cohen (1988)

erlebt wurde. Abbildung 1 verdeutlicht die Ergebnisse. Es ist ersichtlich, dass die meisten auch für Außenstehende wahrnehmbaren Nutzens-Effekte für die Ehrenamtlichen (EA) selbst entstehen (vier Veränderungen > 0,8), gefolgt von drei Veränderungen für die Nutzer, zwei für die Einrichtung nach außen und einer für die Einrichtung nach innen, also für das hauptamtliche Personal des Krankenhauses.

Erforderlich wird auch ein Blick auf den anderen Pol der Einschätzung – die Effekte mit negativem Vorzeichen und nahe Null. Die zeitliche Entlastung des Personals, das Hinterfragen gewohnter Abläufe oder ein zahlenmäßig erweitertes Angebot können nicht erfolgen, da die Tätigkeitsbereiche der Ehrenamtlichen und der Hauptamtlichen parallel existieren und keine Integration möglich wird. Persönliche Beziehungen können nicht erlebt werden, da die Verweildauer der Patienten auf der Station nur sieben Tage beträgt und die Ehrenamtlichen sie im Rahmen ihres wöchentlichen Besuches nur einmalig für ca. 10 Minuten sehen.

b) Nutzen im Wohnhaus für Senioren

Auch für die Einschätzungen der 38 Befragten im Wohnhaus (20 Ehrenamtliche, 6 Hauptamtliche und 12 Nutzer und Angehörige) wurden Mittelwert und Streuwert ermittelt. Abbildung 2 zeigt, welche Effektstärken auf der Basis der Interviewaussagen für die vier Nutzungsrichtungen (für die Organisation zum einen nach innen und zum

anderen nach außen, für die Nutzer sowie für die Ehrenamtlichen) berechnet wurden. Es ist ersichtlich, dass im Wohnheim für Senioren überwiegend Effekte ermittelt wurden, die auch durch Außenstehende bemerkt werden (d.h. die Beträge der Effekte sind $> 0,8$). Lediglich für das Item „mehr Nachfrager“ wurden keine Veränderungen in Verbindung mit ehrenamtlicher Tätigkeit wahrgenommen. Dies ist aufgrund der in den letzten Jahren in großer Zahl neu gegründeten Altenheime plausibel. Die praktizierte Zusammenarbeit scheint mit konkret erlebtem Nutzen sowohl für das Wohnheim für Senioren nach innen (Hauptamtliche) und nach außen (Image), für die Bewohner (Nutzer) und die Ehrenamtlichen einherzugehen. Die Pflegedienstleiterin des Hauses benannte den geschätzten Anteil der Ehrenamtlichen am Erfolg des Hauses mit 10%. Dementsprechend ergaben sich Renditewerte zwischen 2 €(mehr Nachfrager) und 90 € (qualitativ verändertes Angebot des Hauses).

4. Auffälliges Nebenergebnis

Ein auffälliges Nebenergebnis der Untersuchung war die mathematisch im Falle der oben gezeigten Nutzensberechnung entscheidende Nulleinschätzung zum Anteil des Nutzens der ehrenamtlichen Tätigkeit an der Leistung des Krankenhauses durch den Pflegedienstleiter. Bei ausschließlicher Betrachtung der Zahl Null entsteht der Gedanke, die Tätigkeit der Ehrenamtlichen im untersuchten Krankenhaus bringe nichts. Ein Blick hinter die Zahlen ist allerdings unerlässlich für die Diskussion dieses Befundes. Im Ergebnis der Untersuchung zeigen sich durchaus Effekte im Bereich über 0,8, die nach Cohen (1988) auch von Außenstehenden wahrgenommen werden. Dass diese Effekte aus Sicht der befragten Hauptamtlichen nicht direkt auf die Leistung des Kreiskrankenhauses Einfluss haben, spiegelt den Zusammenhang der (geringen) Verknüpfung ehrenamtlicher Tätigkeit mit den Belangen der Organisation Kreiskrankhaus wider. Diese wurde sowohl in den Interviews übereinstimmend von den Ehrenamtlichen selbst als auch von den Hauptamtlichen als verbesserungswürdig angesehen.

Unter dem Fokus der Verzahnung ehrenamtlicher und hauptamtlicher Arbeit lohnt sich die genauere Analyse der Untersuchungsergebnisse unter der Fragestellung „Wie kann die Zusammenarbeit in den beiden Einrichtungen beschrieben werden?“

Das *Krankenhaus* arbeitet seit 25 Jahren mit der Christlichen Krankenhaushilfe zusammen, welche ein ehrenamtlicher Dienst ist, der die ärztlichen, pflegerischen, therapeutischen und seelsorgerlichen Bemühungen um den ganzen Menschen unterstützen und ergänzen möchte. Die Ehrenamtlichen sehen ihre Aufgabe darin, durch mitmenschliche Nähe und Aufmerksamkeit für die Sorgen und Nöte kranker Menschen, auf deren ganz persönliche Bedürfnisse einzugehen und damit zu ihrem Wohlbefinden beizutragen. Sie sind Laien, die unabhängig und in eigener Verantwortung persönliche Wünsche der Patienten erfüllen

Eine Einbindung der Ehrenamtlichen durch entsprechende strukturelle Rahmenbedingungen in die Organisation des Krankenhauses ist eher nicht gegeben. Die Koordination von den über 20 Ehrenamtlichen liegt eigenständig in der Hand der Gruppe

der Ehrenamtlichen des Krankenhauses. Zu Beginn ihrer Tätigkeit werden die Ehrenamtlichen in einem Orientierungsblatt (Christliche Krankenhaushilfe 2006a) auf das Thema der klaren Abgrenzung zwischen ehrenamtlicher und pflegerischer hauptamtlicher Tätigkeit hingewiesen. Mit ihrer Unterschrift bekräftigen sie die Einhaltung der im Orientierungspapier niedergeschriebenen Festlegungen:

- 1) Ehrenamt ist kein Ersatz für das Hauptamt: „Es muss sichergestellt werden, dass durch den ehrenamtlichen Dienst keine Arbeitsplätze und/oder ihre mögliche Einrichtung gefährdet werden.“
- 2) Pflege ist nicht Aufgabe: „Pflegerische Tätigkeiten gehören grundsätzlich nicht zu den Aufgaben“.

Für die Patienten ist die Tätigkeit der Ehrenamtlichen in einem Faltblatt (Christliche Krankenhaushilfe, 2006b) beschrieben, das von den Ehrenamtlichen ausgehändigt wird. Im Interview konkretisierten die Ehrenamtlichen die im Faltblatt beschriebenen Hilfedienste, welche übereinstimmend auch von den befragten Hauptamtlichen ohne Vorgaben von Antwortmöglichkeiten benannt wurden. An erster Stelle stehen Gespräche.

Interne Weiterbildungen des Krankenhauses, bei denen Hauptamtliche über ihre Fachgebiete referieren und die Ehrenamtlichen auf diesem Weg Hintergrundwissen vermittelt bekommen, werden vom Krankenhaus angeboten, jedoch von den Ehrenamtlichen derzeit nicht genutzt.

Relevante Informationen für die Ausübung der Tätigkeit auf der jeweiligen Krankenhaus-Station (aktuelle Gegebenheiten, die eventuell zu berücksichtigen sind), müssen von den Ehrenamtlichen eigenständig eingeholt werden. Im Interview berichtete die Mehrheit der befragten Ehrenamtlichen, dass sie keinen direkten Ansprechpartner im Krankenhaus haben und demzufolge auch nur selten konkrete Informationen erhalten. Den eigentlichen Sinn der Nachfrage sehen die Ehrenamtlichen eher darin, dass die Hauptamtlichen von ihrer Anwesenheit auf Station in Kenntnis gesetzt werden. Die Bedarfe der Patienten werden auch von den Ehrenamtlichen beim Rundgang durch die Patientenzimmer erfragt. Die Ehrenamtlichen sind in der Regel alle 14 Tage an einem bestimmten wiederkehrenden Wochentag für ca. vier Stunden im Krankenhaus tätig.

Insgesamt kann eingeschätzt werden, dass die Ehrenamtlichen mit dem Krankenhaus lediglich durch den Ort und die darin befindlichen Patienten verbunden sind. Die Abgrenzung ist explizit benannt, so dass die Tätigkeiten von Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen parallel erfolgen.

Einen weiteren Hinweis auf die klare Abgrenzung der ehrenamtlichen Tätigkeiten von der Tätigkeit der Hauptamtlichen liefert die im Interview erfolgte Einordnung der ehrenamtlichen Tätigkeit. Es zeigte sich, dass im Krankenhaus fast alle genannten Leistungen (19 von 20) der Ehrenamtlichen eindeutig als über die Aufgaben der Hauptamtlichen hinaus gehend eingruppiert sind. Im Bereich der Basisanforderungen werden lediglich die Vermittlungsgespräche mit dem Krankenhauspersonal eingeordnet.

Diese Einschätzung teilen übereinstimmend die Ehrenamtlichen, die befragten Hauptamtlichen des Krankenhauses und die befragten Patienten.

Wie lässt sich die Situation der Zusammenarbeit im *Wohnheim für Senioren* beschreiben? In dieser Einrichtung gibt es ein Leitbild, in dem festgeschrieben ist, dass sowohl Hauptamtliche als auch Ehrenamtliche gemeinsam mit ihrer Dienstleistung helfen, alten Menschen ein erfülltes Leben in Würde und Geborgenheit zu ermöglichen. Die Einbindung der Ehrenamtlichen wird über strukturelle Rahmenbedingungen gesichert. So gibt es im Wohnheim für Senioren eine hauptamtliche Koordinationsstelle, zu deren Aufgaben die Akquise, Beratung und Betreuung der Ehrenamtlichen und die Einbindung der ehrenamtlichen Tätigkeit in die Aufgaben der Organisation gehören. Es wird geprüft, welche Fähigkeiten und Interessen die einzelnen Ehrenamtlichen mitbringen und welche Aufgabe diese in der Organisation übernehmen können. Die Ehrenamtlichen werden in ihre Tätigkeit eingeführt und erhalten bei Bedarf entsprechende Unterstützung durch hauptamtlich benannte Ansprechpartner, die ihnen auch für inhaltliche Fragen und Anregungen zur Verfügung stehen. Die Ehrenamtlichen besuchen sowohl hausintern als auch extern durchgeführte Weiterbildungen, welche über die hauptamtliche Koordinationsstelle organisiert werden.

Eine intensive Zusammenarbeit von Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen ist gefragt. Viele Ehrenamtliche leisten ihren Dienst in den Wohngruppen. Sie nehmen regelmäßig an den Besprechungen der Hauptamtlichen zu den von ihnen betreuten Bewohnern teil. Den Begleitemteams zugeordnet, unterstützen sie die Mitarbeiter, beispielsweise beim Anreichen der Mahlzeiten (unter Aufsicht und Anleitung der Hauptamtlichen) oder bei Angeboten in den Wohn- und Esszimmern. Sie gestalten mit den Mitarbeitern die jahreszeitlichen Feste und Feiern der Wohngruppen und planen gemeinsam, welche Bewohner sie zu Veranstaltungen begleiten. Unter Berücksichtigung der Schweigepflicht werden sie in die individuellen Pflegeprozesse einbezogen. Neben den Diensten mit und für einzelne Personen oder durch die Mitarbeit in der Cafeteria, der Hausbibliothek oder an der Rezeption bereichern Ehrenamtliche den Alltag im Wohnheim für Senioren durch regelmäßige Gruppenangebote. Insgesamt sind die im Wohnheim für Senioren tätigen Ehrenamtlichen ca. 11 Stunden monatlich bei „Ihrem“ Bewohner bzw. „Ihrer“ Bewohnerin vor Ort.

Insgesamt schätzen alle Befragten ausgehend von ihren Beobachtungen die Verbindung der Tätigkeit von Ehrenamtlichen und Hauptamtliche als eng ein.

Auch im Wohnheim für Senioren wurden die Tätigkeiten der Ehrenamtlichen bezüglich der Bewertung als Basis-, Leistungs- und Begeisterungsanforderungen eingeschätzt. Es zeigt sich, dass der Großteil der Leistungen erwartungsgemäß im Bereich der Leistungsanforderungen gesehen wird. Gleichzeitig gibt es aber auch Überschneidungen mit den für Hauptamtliche typischen Basisanforderungen. Dem Bereich der Basisanforderungen werden drei der insgesamt 17 zu bewertenden Tätigkeiten zugeordnet. Die Zuordnung erfolgte in dieser Form gleichermaßen durch Ehrenamtliche, Hauptamtliche und Bewohner. Die beruflich für Pflegetätigkeiten qualifizierten Ehrenamtlichen (einige waren früher selbst in Pflegeberufen tätig, haben Angehörige lan-

ge selbst gepflegt, sind für die Sterbebegleitung qualifiziert) konnten sich hier gut einbringen. Damit es nicht zum Ersatz hauptamtlicher durch ehrenamtliche Tätigkeiten kommt, werden die Ehrenamtlichen nicht „verplant“. Sie können durch ihre Hilfe aber eine höhere Qualität der Basisleistungen sichern (z.B. langsames Anreichen und Essen, mehr Zeit für Sterbebegleitung, zeitnahe Instandhaltung der Oberbekleidung).

5. Diskussion des auffälligen Nebenergebnisses

5.1 Methodische Vergleichbarkeit

Zunächst sei deutlich hervorgehoben, dass beide Einrichtungen nicht direkt vergleichbar sind. Das Setting Krankenhaus ist stärker an medizinischen Erfordernissen ausgerichtet, die Verweildauer der Patienten (7 Tage im Vergleich zu 3,3 Jahren im Wohnhaus) ist kürzer, es gibt für die Ehrenamtlichen im Krankenhaus kein Bezugspersonensystem, wohl aber im Wohnheim, um nur einige Unterschiede zu benennen.

Hätte die Studie dem Thema der Abgrenzung gegolten, wären vergleichbare Organisationen eine notwendige Voraussetzung für die Untersuchung gewesen. Insofern sind die Befunde kein Nachweis für den Zusammenhang zwischen organisationaler Einbindung und Nutzen für die Organisation, wohl aber ein Hinweis auf die Wichtigkeit dieses Einflussfaktors auf den Nutzen ehrenamtlicher Tätigkeit. Die nachfolgende Reflexion in Zusammenhang mit der Professionalisierung der Pflege und haftungsrechtlichen Fragen soll Anregungen zur Abgrenzung/Integration hauptamtlicher und ehrenamtlicher Tätigkeiten geben.

5.2 Berufsethische Fragen

Die Pflege als Berufsstand ist auf dem Weg, sich in ihrer Eigenständigkeit von der ärztlichen Vormundschaft einerseits und dem geschichtlich gewachsenen unentgeltlichen Dienst am Nächsten (hier gibt es Überschneidungen mit Laienpflege und Ehrenamt) andererseits zu emanzipieren. Es gilt, auf beiden Seiten Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu verdeutlichen, so dass eine berufliche Zusammenarbeit auf der Basis der Akzeptanz der Besonderheiten angegangen werden kann. Als Besonderheiten der Pflege werden in der Literatur die zeitliche Dauer in der Betreuung der Patienten (Lay 2004: 89), die in der Regel damit verbundene große körperliche Nähe (Remmers 1997: 280), eine über die Krankheit hinausgehende ganzheitliche Betrachtung, die „unmittelbare und elementare Sorge für den Kranken“ (Schreiner & Grahl 1995: 89) und die professionelle Ausbildung (z.B. Arets et al. 1999: 21) genannt.

Gerade im Zuge der verstärkten Dienstleistungsorientierung der sozialen Pflege-Einrichtungen spielt die fachlich-professionelle Qualität eine zunehmende Rolle. Bereits in der Ausbildung ist das berufliche Selbstverständnis und die Abgrenzung von Selbst-, Laien- und professioneller Pflege ein fester Bestandteil (vg. Arets et al. 1999; Stöhr & Trumpetter 2006). Rauschenbach (2001) setzt sich für klare fachliche Qualitätsmaßstäbe ein und gibt bezüglich der Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen zu be-

denken, dass „Ehrenamtliche ohne Kontrakt, ohne erwartbare formale Qualifikation, ohne ein gewisses Maß an Verbindlichkeit unter Umständen an eine Grenze der Planbarkeit und der Gewährleistung fachlicher Mindeststandards gelangen“ (S.351). Nähert man sich der Profession von der Wirkung, so macht es schon einen Unterschied, ob dem zu Pflegenden alles abgenommen wird, oder ob die Pflege dazu beiträgt, die Selbstständigkeit zu fördern und wiederherzustellen. Für Dewe und Otto (2001: 1400) materialisiert sich Professionalität in der Qualität der Handlungspraxis, die eine Erhöhung der Handlungsoptionen, Chancenvervielfältigung und die Steigerung von Partizipations- und Zugangsmöglichkeiten auf Seiten der Klienten zur Folge hat.

Auf der anderen Seite gibt es auch Gegner der klaren fachlichen Abgrenzung. So verwehrt sich Bock (1997: 241) gegen die Abgrenzung von den Laien: „Es trifft auch nicht zu, Ehrenamtliche/Freiwillige in Abgrenzung zu den beruflichen Mitarbeitern als „Laien“ oder „Helfer“ zu bezeichnen. Sie verfügen über Kenntnisse und Erfahrungen aus Ausbildung und Erwerbsarbeit, Haushalt und Familientätigkeit und aus dem Umgang mit sozialen Problemen.“ Die Gefahr der damit einhergehenden „Expertisierung“ betont Gildemeister (1996). Expertisierung bedeutet nach Gildemeister, „dass in der gesellschaftlichen Arbeitsteilung ein Mechanismus der Monopolisierung und der Abschottung von Kompetenzbereichen wirksam wird“ (S. 443).

Eine Möglichkeit der Verbindung beider Sichtweisen besteht in einer inhaltlichen Groborientierung zu den gegenseitigen Schwerpunkten und einem Ausbau der Anleitungsfunktion der hauptamtlichen Professionellen. Nach Ansicht der Pflegeorganisationen ADS (Arbeitsgemeinschaft christlicher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen in Deutschland e.V.) und des DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.) (2009: 11) liegen die Leistungen der Ehrenamtlichen schwerpunktmäßig im Bereich der Betreuung und weniger in der körperbezogenen Hilfe und Pflege. Zudem sind professionell Pflegendе zunehmend in ihrer Beratungs- und Anleitungskompetenz gefragt. Dazu gehört, dass sie in der Lage sein müssen, ihr Rollenverständnis, ihr Expertentum, ihre berufsethische Positionierung zu reflektieren, die Kompetenz der Laienpflege zu erkennen und anzuerkennen und zugleich die Grenzen der Unterstützungsmöglichkeit durch Laien aufzeigen (ADS & DBfK, 2009: 13).

Abermeth (1989: 963) sieht dabei die pflegerischen Berufskodizes (jetzt z.B. ICN, 2000) als „berufsspezifische Verkehrsregeln“ an, die das „Miteinanderleben und -arbeiten möglichst störungsarm“ gestalten helfen. Für Lay (2004: 104) ist die Pflegeethik die zentrale Komponente der Pflegequalität, an welche die drei Hauptkomponenten Wirksamkeit, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit andocken.

Die ethischen Standards des Berufsstandes können nach Käppeli (1988: 20) aber nur real eingehalten werden, wenn die Pflege innerhalb des Gesundheitswesens über ein Minimum an Autorität, Anerkennung und Mitentscheidung verfügt. Dabei fallen nach Illardt und Lauer (1989: 634) zwei Begrenzungen ins Gewicht: zum einen der „Entscheidungsstil“ des Hauses, der durch Struktur und Organisation vorgegeben ist und zum zweiten wirtschaftliche Sachzwänge, die ebenfalls in den organisationalen

Strukturen festgeschrieben sind. Offensichtlich sind diese Strukturen in den im vorliegenden Projekt untersuchten Einrichtungen unterschiedlich.

Die Kooperationspartner der Ehrenamtlichen im Krankenhaus legen großen Wert auf rechtliche Sicherheit, Klarheit und Eindeutigkeit der Vorgaben. Es werden ethisch wertvolle Ziele (Verhinderung von Stellenabbau bei den Hauptamtlichen, Sicherung der Qualitätsstandards, Schutz von Leben) in der Begründung benannt, die nachvollziehbar und plausibel sind.

Die Kooperationspartner im Wohnheim für Senioren gehen das Risiko einer Überlappung von Aufgaben ein. Der Wert „Sinnhaftigkeit für die Bewohner“ wird vor dem Wert „der sicheren Abgrenzung der Tätigkeitsbereiche“ eingeordnet. Ihr Vorgehen wird insbesondere dann zum Vorteil, wenn sich Rahmenbedingungen ändern. Das absichernde Verhalten geht mit geringer Flexibilität auf veränderte Bedingungen einher. Es kann in veränderten Situationen Unsicherheit erzeugen, da flexibles situationsbezogenes Verhalten nicht vorgesehen ist. Hat z.B. ein Ehrenamtlicher bereits einen Angehörigen zu Hause über Jahre gepflegt oder war er in seinem Berufsleben als PflegerIn tätig und wird die hauptamtliche Fachkraft aufgrund von besonderen Vorkommnissen dringend aus dem Raum gerufen u.ä. – schon stellt sich die Frage, inwiefern die einmal aufgestellte sichere Regel auch hier gilt. Gibt es dann dafür kein Handlungsmuster, weil das Thema als nicht wesentlich eingestuft wurde („es darf nicht diskutiert werden, was nicht sein darf“), entsteht Unsicherheit. Was macht ein Ehrenamtlicher, wenn sich einer der Patienten oder Bewohner im Moment der Abwesenheit der Hauptamtlichen verschluckt? Ein flexibles Einbeziehen der Ehrenamtlichen erfordert intensive Kommunikation und Zeit.

5.3 Haftungsrechtliche Fragen

Bei der Abgrenzungsfrage sind unbedingt auch haftungsrechtliche Fragen zu berücksichtigen. Klie (1998) untersucht in seinem Beitrag verschiedene rechtliche Rahmenbedingungen für den Einsatz von Fachkräften/Nichtfachkräften in Einrichtungen und Diensten der Pflege. Das direkte *Berufsrecht* regelt nur für Ärzte neben den üblicherweise geregelten Ausbildungsinhalten auch Aufgaben, die dieser Berufsgruppe vorbehalten sind (vorbehaltliche Aufgaben). Bislang gibt es im Berufsrecht keine den Pflegekräften zugeordneten Vorbehaltsaufgaben. Vom *Ordnungsrecht* her gibt es für den stationären Bereich in der Heimpersonalverordnung die Festlegung einer Fachkraftquote von 50%, jedoch ist diese Quote bisher weder fach- noch pflegewissenschaftlich begründet. Die stärkste regulierende Kraft für die Berufsgruppen in der Pflege und Betreuung kommt dem *Sozialrecht* zu. Für den Bereich der Pflege sind es vor allem die Steuerungsaufgaben in Zusammenhang mit der Pflegeanamnestik, -diagnostik, -planung und Evaluation sowie Kontrolle, die den Pflegefachkräften (mit entsprechender fachlicher Weiterbildung) exklusiv übertragen wurden (§71 SGB XI und §81 SGBXI). Hinsichtlich des Fachkräfteeinsatzes wird haftungsrechtlich eine „fach- und sachgerechte Organisation von Betreuungs- und Pflegediensten“ verlangt. Klie (1998) führt aus, dass der Einsatz von Nichtfachkräften unter diesen Rahmenbedingungen für risi-

kobehaftete Aufgabenfelder nur zu rechtfertigen ist, wenn die Organisation fundiert und risikobewusst gestaltet wurde, etwa durch Aufsichts- und Steuerungsprozesse, Verankerung und Implementierung von Standards, durch die den bekannten Risiken verantwortlich entgegengetreten wird. Das heißt, dass nach entsprechender Anleitung und Schulung auch Nichtfachkräfte für weniger komplikationsreiche Aufgaben eingesetzt werden können, während bei komplikationsdichten Aufgaben Pflegefachkräfte oder Ärzte einzuschalten sind. Vor Ort besteht ein recht weiter Gestaltungsspielraum. Es ist zu präzisieren, welche Aufgaben als risikoarm, welche als komplikationsreich einzuschätzen sind. Wofür sind Fachkräfte in jedem Fall erforderlich, welche Aufgaben können unter welchen Voraussetzungen auch an Nichtfachkräfte oder Angehörige anderer Berufsgruppen delegiert werden?

Bei Klärung dieser Fragen, kann es auch – unter Anleitung und Schulung durch Professionelle – Überschneidungen im Tätigkeitsbereich geben.

Bezogen auf die Zusammenarbeit von Ehrenamtlichen und Hauptamtlichen ergeben sich somit drei Handlungsfelder: Ausbildung der Pflegenden auch in Bezug des Verhaltens zu Ehrenamtlichen; Unterstützung der ehrenamtlichen Tätigkeit durch die Organisationen, in denen sie eingesetzt sind und die Zusammenarbeit beider Gruppen vor Ort. Diese werden abschließend kurz umrissen.

6. Mögliche Handlungsfelder

6.1 Ausbildung der Pflegenden

Im Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI, 1995) und im Krankenpflegegesetz (SGB V, 1995) finden sich rechtliche Bedingungen für die Durchführung von Schulungen von Angehörigen/Ehrenamtlichen, um die Qualität der Pflege zu sichern. Für die Pflegenden ist in den novellierten Gesetzen (Altenpflegegesetz, seit 2003 und Krankenpflegegesetz, 2004) die Beratung und Anleitung von Angehörigen und Ehrenamtlichen eindeutig als neue Aufgaben der Pflege definiert. Büker (2009) benennt mögliche Ängste von Professionellen, sich durch die Information, Schulung und Beratung von Angehörigen und Ehrenamtlichen überflüssig zu machen. Gleichzeitig weist sie auf die Chancen hin, die sich damit für die Gesamtqualität der Pflege angesichts des sich abzeichnenden Pflegenotstands ergeben (S. 133).

6.2 Organisationsseitige Unterstützung Ehrenamtlicher Tätigkeit

Viele Organisationen können ihre Pflegeaufgaben ohne Unterstützung durch Ehrenamtliche nicht mehr bewältigen. Dabei gab es in den letzten 10-15 Jahren große Veränderungen bezüglich der Erwartungen von Ehrenamtlichen an ihre Tätigkeit. Sie stehen nicht mehr ohne Wenn und Aber allzeit und allseits bereit. Nach Einschätzung von Bock (1997: 243) erwarten Freiwillige Angebote, unter denen sie auswählen können, sie wollen Zeit und Dauer ihres Einsatzes selbst festlegen, suchen Handlungsspielräume zur Selbstgestaltung, wollen bei der Planung der Aufgaben mitsprechen und ver-

bindliche Regelungen für die Absicherung ihrer Risiken und den Ersatz ihrer Kosten haben. In Verbindung mit der Einsatzorganisation ist die Erwartung besonders wichtig, dass die Organisationsstruktur auf den spezifischen Bedarf ehrenamtlicher/freiwilliger Mitarbeiter/-innen Rücksicht nimmt und eine Infrastruktur zur Unterstützung der Aktivitäten und wegen des Zugangs zu materiellen und finanziellen Ressourcen bereit stellt.

6.3 Zusammenarbeit zwischen Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen vor Ort

Für die Behandlung ethischer Konflikte (die Abgrenzung zwischen haupt- und ehrenamtlicher Tätigkeit gehört dazu) ist ein multiperspektivisches Vorgehen zu empfehlen. Ein hilfreiches Modell, das keine Fragelisten vorsieht, aber alle wesentlichen Aspekte zu erfassen versucht, ist das von Marianne Rabe (2005) dargestellte Reflexionsmodell. Die drei Hauptschritte „Situationsanalyse, ethische Reflexion, Ergebnisse“ sind praxisorientiert. Bezogen auf die Zusammenarbeit zwischen Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen in der Pflege wären Varianten der Zusammenarbeit, mögliche Folgen für die Stellenbesetzung der Hauptamtlichen, aber auch für den Nutzen ehrenamtlicher Tätigkeit, für das Wohlbefinden und die Selbstständigkeit der Patienten u.ä. zu diskutieren.

In Diskussionsrunden mit den Befragten beider Einrichtungen zu diesem Thema wurden Erfolgswege und Alternativen besprochen. Ein möglicher Weg, den die Ehrenamtlichen im Krankenhaus ansprechen, besteht darin, die Arbeit der Hauptamtlichen zunächst genauer kennen zu lernen, ihre eigene Tätigkeit den Hauptamtlichen näher zu bringen, um schließlich auf dieser Basis die Tätigkeiten im Sinne des Patienten zu verzahnen. Ein Informationsaustausch über die „Bedürftigkeit“ einzelner Patienten bezogen auf das ehrenamtliche Angebot wäre ein Schritt in diese Richtung. Die Ehrenamtlichen könnten gezielt die Patienten ansprechen, von denen die Pflegenden die Bedarfe bezüglich der Angebote der Ehrenamtlichen gesammelt haben. So kommen die Zusatzleistungen der Ehrenamtlichen eher denen zugute, die ihrer besonders bedürftig sind – sie werden nicht mehr mit der „Gießkanne“ verteilt.

Basis für diese Handlungen ist ein Erkennen und Thematisieren des Wertekonfliktes zwischen Flexibilität und Sicherheit in Bezug auf die Abgrenzung zwischen hauptamtlicher und ehrenamtlicher Tätigkeit. Wenn eine Organisation im Rahmen ihres Zweckes sich für den Einsatz ehrenamtlicher Mitarbeiter entscheidet, ist damit auch Verantwortung verbunden. Diese besteht u.a. darin, die nötigen Rahmenbedingungen für eine sinnvolle und nutzbringende Tätigkeit der Ehrenamtlichen zu schaffen. Darauf wies uns das auffällige Nebenergebnis hin, das – so hier eine optimale Verzahnung erfolgt – den Nutzen ehrenamtlicher Tätigkeit noch deutlicher auch für die Organisation und die Nutzer machen könnte.

Literatur

- Abermeth, H.-D. (1989): Ethische Grundfragen in der Krankenpflege. Ein Lehr- und Lernbuch. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Ackermann, R. (2008): Kaum messbar. Wirtschaftswoche, 19, 5.5.2008, 44
- ADS / DBfK (Hrsg.). (2009): Brennpunkt Pflege. Gelesen am 1.12.2009 im Netz unter www.ads-pflege.de
- Arets, J./ Obex, F./ Vaessen, J./ Wagner, F. (1999): Professionelle Pflege 1, theoretische und praktische Grundlagen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Barthel, E./ Schuler, H. (1989): Nutzenkalkulation eignungsdiagnostischer Verfahren am Beispiel eines biographischen Fragebogens. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 33 (2), 73-83
- Bock, T. (1997): Ehrenamtliche/freiwillige Tätigkeit im sozialen Bereich. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.). Fachlexikon der sozialen Arbeit. S.240-244. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Büker, C. (2009): Pflegende Angehörige stärken. Information, Schulung und Beratung als Aufgaben der professionellen Pflege. Stuttgart: Kohlhammer
- Cascio, W.F. (1991): Costing human resources: the financial impact of behavior in organizations. Boston: PWS-Kent
- Christliche Krankenhaushilfe (2006a): Orientierungsblatt – Aufgabenfelder der Grünen Damen der Christlichen Krankenhaushilfe., internes Papier der Christlichen Krankenhaushilfe. Unveröffentlicht
- Christliche Krankenhaushilfe (2006b): Informationsflyer Christliche Krankenhaushilfe, Kreiskrankenhaus G., Unveröffentlicht
- Cohen, J. (1988): Statistical power analysis for the social sciences. New York: Hillsdale
- Dewe, B./ Otto, H.-U. (2001): In H.-U. Otto/ H. Thiersch (Hrsg.). Sozialarbeit. Sozialpädagogik. 1399-1423, Krefeld: Luchterhand
- Dilts, R.B. (1997): Kommunikation in Gruppen und Teams. Lehren und Lernen effektiver Präsentationstechniken. Angewandtes NLP. Paderborn: Junfermann
- Feslmeier, G./ Massouh, M. / Schmid, C. (2004): Kosten-Nutzen-Analyse des Ehrenamtes am Beispiel der FreiwilligenAgentur Regensburg (FA-Rgbg). Regensburg 2004, Abruf im Netz am 10.9.08 unter www.freiwilligenagentur-regensburg.de/artikel/kostennutzen.html
- Fritz, S./ Herrmann, M./ Wiedemann, J. (2000): Mehrdimensionale Evaluation eines Handlungsleitfadens am Beispiel der Broschüre „Bauleitung ohne Stress“. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Forschung, Fb 911, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag
- Fritz, S. (2006): Ökonomischer Nutzen „weicher“ Kennzahlen. (Geld)Wert von Arbeitszufriedenheit und Gesundheit. MTO-Reihe. 2. korrigierte Aufl., Zürich: vdf
- Fritz, S./ Reddehase, B./ Schubert, F. (2007): Erfolge betrieblicher Gesundheitsförderung: Nachweis mit inhaltlich sinnvollen Kennzahlen. Wirtschaftspsychologie aktuell, 3, 30-32
- Fritz, S./ Pietrzyk, U./ Möltgen, Th./ Suda, B. (2010): Welchen Nutzen bringt ehrenamtliche Tätigkeit? In Th. Möltgen (Hrsg.). Wert und Nutzen ehrenamtlichen Engagements, Reader zur Caritas-Sommeruniversität Ehrenamt 2009. S. 165-204, Köln: Kevelaer
- Funke, U./ Schuler, H./ Moser, K. (1995): Nutzenanalyse zur ökonomischen Evaluation eines Personalauswahlprojektes für Industrieforscher. In T.J. Gerpott/ S.H. Siemers (Hrsg.): Controlling von Personalprogrammen. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 139-171
- Gildemeister, R. (1996): Professionalisierung. In D. Krefelt & I. Mielenz (Hrsg.). Wörterbuch soziale Arbeit. 443-445. Weinheim & Basel: Beltz
- Gülpen, B. (1996): Evaluation betrieblicher Verhaltenstrainings unter besonderer Berücksichtigung des Nutzens. München: Mering
- Holling, H./ Reiners, W. (1999): Monetärer Nutzen verschiedener Selektionsstrategien in Assessment Centern. In H. Holling/ G. Gediga (Hrsg.): Evaluationsforschung, Göttingen: Hogrefe, 179-193
- ICN (International Council of Nurses) (2000): ICN-Ethikkodex für Pflegenden, In: Pflege Aktuell, 10, 563

- Illardt, F.J./Lauer, W. (1989): Stichwort „Krankenhaus“, 2. Ethik. In A. Eser/ M. von Luttertti / P. Sporken (Hrsg.). Lexikon Medizin, Ethik, Recht. Darf die Medizin, was sie kann? Information und Orientierung. 626-635. Freiburg, Basel, Wien: Herder Verlag
- Käppeli, S. (1988): Moralisches Handeln und berufliche Unabhängigkeit in der Krankenpflege. In: Pflege. Heft 1, 20-27
- Klie, T. (1998): Rechtliche Impulse zur Entwicklung von Fachlichkeit im Spektrum von Professionalisierung und Laisierung. In R. Schmidt/ A. Thiele (Hrsg.). Konturen der neuen Pflegelandschaft -Positionen, Widersprüche, Konsequenzen. 123-132, Regensburg: Transfer-Verlag
- Kral, G./ Endres, E./ Byambajav, E./ Ginger, C./ Häcker, W./ Knaier, D. (2007): Zusammenfassung des Gutachtens zum Wert bürgerschaftlichen Engagements in Bayern. München: Katholische Stiftungsfachhochschule München
- Krings, I. (2007): Handbuch für den Aufbau von Freiwilligen-Agenturen-Zentren bzw. lokalen Anlaufstellen im städtischen und ländlichen Raum. Aus der Praxis für die Praxis. Augsburg: lagfa bayern
- Landkreis Cham (2004): Jahresbericht 2004. Kostenlos, umsonst? Oder der materielle Wert ehrenamtlicher Arbeit. Abruf im Netz unter www.cham.de/Jahresberichte.de
- Phillips, J. J. (1991): Handbook of training evaluation and measurement methods. Second edition, Houston: Gulf Publishing Company
- Rabe, M. (2005): Strukturierte Falldiskussion anhand eines Reflexionsmodells. In Arbeitsgruppe „Pflege und Ethik“ der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (Hrsg.). Für alle Fälle ...“ Arbeit mit Fallgeschichten in der Pflegeethik. 131-143, Hannover: Brigitte Kunz-Verlag
- Rauschenbach, T. (2001). Ehrenamt. In H.-U. Otto/ H. Thiersch (Hrsg.). Sozialarbeit. Sozialpädagogik. 344-360, Kriftel: Luchterhand
- Remmers, H. (1997): Normative Dimensionen pflegerischen Handelns. Zur ethischen Relevanz des Körpers. In: Pflege, Heft 4, 279-284
- Schelbert, H. (2007): Freiwilligenarbeit aus ökonomischer Sicht“. In Th. Möltgen (Hrsg.). Ehrenamt - Qualität und Chance für die soziale Arbeit. Reader zur Sommeruniversität Ehrenamt, 2006, 102-109. Köln: Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.
- Schmidt, F. L./ Hunter, J. E./ Pearlman, K. (1982): Assessing the economic impact of personnel programs on workforce productivity. Personnel Psychology, 35, 333-347
- Schreiner, P.-W./ Gahl, K. (1995): Begegnung mit Sterben und Tod. In: W. Kahlke/ S. Reiter-Theil (Hrsg.). Ethik in der Medizin. 78-96, Stuttgart: Ferdinand-Enke-Verlag
- Stephan, U./ Westhoff, K. (2002): Personalauswahlgespräche im Führungskräftebereich des deutschen Mittelstandes: Bestandsaufnahme und Einsparungspotenzial durch strukturierte Gespräche. Wirtschaftspsychologie, 4 (3), 3-17
- Stör, M./ Trumpetter, N. (2006): Berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen. In A. Warmbrunn (Hrsg.). Werkstattbücher zu Pflege heute. München: Urban & Fischer
- vbnw (Hrsg.). (2007): Freiwilligenarbeit in Bibliotheken. Die Printversion des Onlinehandbuchs, Abruf im Netz am 10.2.2008 unter www.vbnw.de/freiwillige.html
- Wittmann, W. W. (1986): Evaluationsforschung. Aufgaben, Probleme und Anwendungen. Lehr- und Forschungstexte. Berlin: Springer
- Wittmann, W. W./ Nübling, R./ Schmidt, J. (2002): Evaluationsforschung und Programmevaluation im Gesundheitswesen. Zeitschrift für Evaluation. 1, 39 - 60

Dr. Sigrun Fritz

MeerWert: Beratung, Umsetzung und Evaluation zum Thema Gesundheit
Justinenstraße 9, 01309 Dresden, SigrunFritz@gmx.de (Korrespondenzadresse)

Dr. Ulrike Pietrzyk

TU Dresden, Fakultät Mathematik und Naturwissenschaften, Lehrstuhl Psychologie
Momsenstraße 16, 01062 Dresden, Pietrzyk@psy1.psych.tu-dresden.de

Carsten Pohl

Demografischer Wandel und der Arbeitsmarkt für Pflege in Deutschland: Modellrechnungen bis zum Jahr 2030

Demographic change and the labor market for long-term care in Germany: Model calculations until the year 2030

The increase in the birth deficit as well as the rise in life expectancy will have as a consequence that in absolute and in relative terms more elderly people will live in Germany. Against this background, I will provide model calculations for the labor market for long-term care until the year 2030. The number of long-term care patients may increase from currently 2.25 million to presumably 2.9 to 3.3 million patients in 2030. Along with this development professional long-term care will become more important, i. e. outpatient care as well as nursing homes. Consequently, significant employment effects in professional long-term care are expected. Overall, the number of professional employees could almost double from currently 576,000 (in full-time equivalents) to around 1 million employees in 2030.

Keywords

labor market for long-term care, demographic change, age structure, home care, outpatient care, nursing home, projection.

Der Anstieg des Geburtendefizits bei gleichzeitiger Zunahme der Lebenserwartung hat zur Folge, dass absolut und relativ immer mehr ältere Menschen in Deutschland leben werden. Vor diesem Hintergrund wird in dem vorliegenden Beitrag die mögliche Entwicklung des professionellen Pflegearbeitsmarktes unter Verwendung von Modellrechnungen bis zum Jahr 2030 dargestellt. Die Zahl der Pflegebedürftigen könnte sich von derzeit 2,25 Millionen auf voraussichtlich 2,9 bis 3,3 Millionen bis zum Jahr 2030 erhöhen. Mit diesem Anstieg der Pflegebedürftigen wird insbesondere die professionelle Pflege weiter an Bedeutung gewinnen, d. h. sowohl die Versorgung durch ambulante Pflegedienste als auch die Unterbringung in stationären Einrichtungen. Aufgrund dieser Entwicklung ist mit einem deutlichen Beschäftigungszuwachs zu rechnen. In Vollzeitäquivalenten ausgedrückt könnte sich die Zahl der Beschäftigten im Pflegebereich von heute rund 576.000 auf knapp 1 Million bis zum Jahr 2030 nahezu verdoppeln.

Schlüsselwörter

Pflegearbeitsmarkt, demografischer Wandel, Altersstruktur, häusliche Pflege, ambulante Pflege, Pflegeheim, Projektion.

eingereicht 13.10.2009

akzeptiert 25.02.2010 (nach Überarbeitung)

1. Einführung

Der demografische Wandel wird in den kommenden Jahren und Jahrzehnten viele Bereiche des öffentlichen und privaten Lebens in Deutschland erfassen. Durch den Rückgang und die gleichzeitige Alterung der Bevölkerung stehen immer mehr ältere Menschen immer weniger erwerbsfähigen Personen gegenüber. Von dieser Entwicklung sind insbesondere die auf dem Umlageverfahren basierenden sozialen Sicherungssysteme betroffen, aber auch der Arbeitsmarkt kann sich dem demografischen Wandel nicht entziehen. Dies gilt insbesondere für den Pflegearbeitsmarkt, da dieser sowohl auf der Nachfrage- als auch auf der Angebotsseite betroffen ist. Einerseits zeichnet sich eine rasante Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung ab, sodass deutlich mehr Pflegebedürftige in Deutschland leben werden. Andererseits schrumpft das potenzielle Arbeitsangebot, sodass sich die Frage stellt, inwiefern die Versorgung der Pflegebedürftigen gewährleistet werden kann. Gegenwärtig wird nahezu die Hälfte aller Pflegebedürftigen durch Angehörige versorgt. Allerdings sind die Angehörigen zum Teil schon heute einer Doppelbelastung ausgesetzt, wenn diese erwerbstätig sind und gleichzeitig den familiären Pflegebedarf abdecken. Als möglicher Ausweg aus dieser Situation werden ambulante Pflegedienste oder die Unterbringung in Pflegeheimen in Erwägung gezogen. Allerdings haben auch professionelle Anbieter von Pflegedienstleistungen zum Teil schon heute Schwierigkeiten bei der Rekrutierung qualifizierten Pflegepersonals.

Vor diesem Hintergrund wird im folgenden Abschnitt zunächst ein Überblick über die gegenwärtige Situation sowie über die jüngsten Entwicklungen auf dem deutschen Pflegearbeitsmarkt gegeben. Dazu werden den Anbietern von Pflegedienstleistungen die Pflegebedürftigen als Nachfrager gegenübergestellt. Im dritten Abschnitt werden die wichtigsten Fakten zum demografischen Wandel erläutert, da sich aus der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung die Zahl der Pflegebedürftigen berechnen lassen. Im vierten Abschnitt werden auf Grundlage der Projektion der Pflegebedürftigen verschiedene Szenarien zur möglichen Entwicklung des professionellen Pflegearbeitsmarktes anhand eigener Modellrechnungen bis zum Jahr 2030 dargestellt. Im letzten Abschnitt werden die wesentlichen Ergebnisse des Beitrags zusammengefasst.

2. Bestandsaufnahme: Die Zahl der Pflegebedürftigen und der Arbeitsmarkt für Pflege in der Gegenwart

Seit Einführung der Pflegestatistik hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen kontinuierlich erhöht. In den Jahren von 1999 bis 2007 stieg deren Zahl von 2,02 Millionen um 230.738 auf knapp 2,25 Millionen (+11,4%). Die Zunahme der Pflegebedürftigen verteilt sich dabei nicht gleichmäßig auf alle drei Pflegestufen. Während die Zahl an Personen in den Pflegestufen 2 und 3 im betrachteten Zeitraum nahezu konstant geblieben ist (Pflegestufe 2: +2.641 und Pflegestufe 3: +6.488; ohne Zuordnung: -8.694), entfällt fast der gesamte Zuwachs, nämlich 230.303 Pflegebedürftige, auf Eintritte in die Pflegestufe 1. Neben der Verteilung der Pflegebedürftigen auf die einzelnen

Pflegestufen weist die Statistik auch aus, wie sich die Art der Versorgung im Zeitverlauf entwickelt hat. Hierbei wird deutlich, dass die Zahl der pflegenden Angehörigen im betrachteten Zeitraum von 1999 bis 2007 weitestgehend konstant geblieben ist (+5.695), während die ambulanten Pflegedienste (+88.943) und insbesondere die Unterbringung in Heimen (+136.100) stark zugenommen hat. Hierin spiegelt sich der Trend zur Professionalisierung der Pflege wider, auf dessen Ursachen in Abschnitt 3 genauer eingegangen wird.

Von den derzeit 2,25 Millionen Pflegebedürftigen werden knapp 1,03 Millionen oder 46% durch Angehörige versorgt (vgl. Abbildung 1). Knapp 22% der Pflegebedürftigen (504.232) werden zu Hause durch ambulante Pflegedienste betreut, während 32% aller Pflegebedürftigen (709.311 Pflegebedürftige) in Pflegeheimen untergebracht sind. Dabei ist die Professionalisierung der Pflege, d.h. die Betreuung durch ambulante Pflegedienste oder die Unterbringung in Pflegeheimen, positiv mit der Pflegestufe der Pflegebedürftigen korreliert. Dieser positive Zusammenhang tritt bei Betrachtung der Anteile innerhalb einer Pflegestufe deutlich zum Vorschein. Von allen Pflegebedürftigen in Pflegestufe 3 (291.752) werden rund 50% (145.136) in Pflegeheimen versorgt, während von allen Pflegebedürftigen in Pflegestufe 1 (1,15 Millionen) nur rund 22% (253.406) stationär untergebracht sind. Mit anderen Worten sinkt bei den höheren Pflegestufen der Anteil der pflegenden Angehörigen deutlich. Dies ist auf fehlende Fachkenntnisse der Angehörigen in der Altenpflege und/oder auf deren Erwerbstätigkeit zurückzuführen. Denn insbesondere die höchste Pflegestufe zeichnet sich durch eine fachlich anspruchsvolle und arbeitsintensive Versorgung aus. Hinsichtlich der Altersstruktur der Pflegebedürftigen zeigt sich, dass die Hochbetagten, d.h. die über 85-Jährigen, bereits heute einen Anteil von 33% an allen Pflegebedürftigen haben. Bei Erweiterung der Altersgrenze wird deutlich, dass von allen Pflegebedürftigen die über 70-Jährigen derzeit rund 77% ausmachen.

Den derzeitigen Pflegebedürftigen werden die Anbieter von Pflegediensten gegenübergestellt. Im Jahr 2007 gibt es 11.529 ambulante Pflegedienste und 11.029 Pflegeheime. Bei den Pflegediensten überwiegen private Träger (60%) als Betreiber, gefolgt von den frei gemeinnützigen Trägern mit einem Anteil von 38%. Die zuletzt genannte Gruppe ist wiederum bei den Pflegeheimen der wichtigste Anbieter und weist einen Anteil von rund 55% auf. Insgesamt gibt es im gesamten Bereich der professionellen Pflege im Jahr 2007 rund 809.707 Beschäftigte (entspricht 576.000 Beschäftigten in Vollzeitäquivalenten), wobei 71% (573.345) auf die Pflegeheime und 29% (236.162) auf die ambulanten Pflegedienste entfallen.¹ Aus der Art des Beschäftigungsverhältnisses geht hervor, dass sowohl bei den ambulanten Pflegediensten als auch in den Pflegeheimen Teilzeitkräfte die Belegschaft dominieren. Der hohe Stellenwert der Teilzeitbeschäftigung ist auf den hohen Anteil von Frauen in der professionellen Pflege zurückzuführen (Pflegeheime: 84,7% und ambulante Pflege: 87,6%). Bei den ambulanten Pflegediensten stellen Teilzeitkräfte 71 % der Belegschaft, während bei den Pflegeheimen der Anteil der Teilzeitkräfte an allen Beschäftigten mit 57 % deutlich niedriger ausfällt.

¹ Vgl. Ernste und Pimpertz (2008) zur Berechnung der Beschäftigten in Vollzeitäquivalenten.

Abb. 1: Pflegebedürftige und Pflegedienste mit Beschäftigten in 2007

2,25 Millionen Pflegebedürftige insgesamt			
zu Hause versorgt: 1.537.518 (68%) durch ...		in Heimen versorgt: 709.311 (32%)	
Ausschließlich Angehörige: 1.033.286 Pflegebedürftige		Ambulante Pflegedienste: 504.232 Pflegebedürftige	
Pflegestufe: I	61,8%	Pflegestufe: I	52,5%
II	29,9%	II	35,4%
III	8,3%	III	12,1%
		Pflegestufe: I 35,7%	
		II 42,3%	
		III 20,5%	
durch 11.529 Pflegedienste mit 236.162 Beschäftigten (=151.000 Vollzeit- äquivalente)		in 11.029 Pflegeheimen mit 573.545 Beschäftigten (= 425.000 Vollzeit- äquivalente)	

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2008), eigene Darstellung.

Die Lage auf dem Pflegearbeitsmarkt muss derzeit als angespannt aufgefasst werden, da unter den gegebenen Rahmenbedingungen bereits heute Engpässe bestehen. Die Zahl der gemeldeten offenen Stellen für Altenpfleger bei der Bundesagentur für Arbeit belief sich im Juni 2009 auf knapp 14.000. Hinzu kommt, dass neben den in der offiziellen Statistik erfassten Beschäftigten auch sog. „Haushaltshilfen“ – vornehmlich aus dem benachbarten Ausland in Mittel- und Osteuropa – in Deutschland tätig sind. Der Begriff „Haushaltshilfe“ ist in diesem Zusammenhang irreführend, da diese Personen in der Regel Pflegetätigkeiten übernehmen. Je nach Studie belaufen sich die Schätzungen dabei auf 50.000 bis 100.000 illegal Beschäftigte (Neuhaus et al. 2009).

Aufgrund des (zunehmenden) Fachkräftemangels im Pflegebereich hat der Gesetzgeber Mitte 2009 ein Gesetz verabschiedet, das es zukünftig auch Schülern mit Hauptschulabschluss erlaubt, den Weg in die Ausbildung als Kranken- oder Altenpfleger einzuschlagen. Anfang 2009 hat der Bundestag zudem der Aufnahme der Altenpflege in das Entsendegesetz zugestimmt, sodass es zukünftig (voraussichtlich) eine Lohnuntergrenze in dieser Branche geben wird (der Bundesrat muss dem Gesetz allerdings noch zustimmen). Die Auswirkungen der Einführung eines Mindestlohnes im Pflegebereich werden derzeit kontrovers diskutiert. Einerseits könnte der Mindestlohn in eine Preiserhöhung für Pflegedienstleistungen münden, falls die höheren Personalkosten an die Pflegebedürftigen weitergegeben werden. Folglich müsste zukünftig ein höherer Anteil des verfügbaren Einkommens der Pflegebedürftigen bzw. der Angehörigen für Pflegedienstleistungen ausgegeben werden. Andererseits wäre es auch denkbar, dass die höheren Kosten aufgrund eines intensiven Wettbewerbs nicht an die Pflegebedürftigen weitergegeben werden können. Die Folge wäre ein zunehmender wirtschaftlicher Druck auf die Pflegedienstleister und ein Anstieg der Insolvenzwahrscheinlichkeit in dieser Branche, die schließlich in eine Unterversorgung an Pflegeplätzen resultieren könnte (RWI et al. 2009).

3. Demografischer Wandel und die zukünftige Entwicklung der Pflegebedürftigen in Deutschland

Die zukünftige Zahl der Pflegebedürftigen ist eng an die zukünftige Bevölkerungsentwicklung geknüpft. Daher werden zunächst die wesentlichen Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (2009) vorgestellt. Insgesamt werden zwölf Varianten zur Bevölkerungsentwicklung ausgewiesen, wobei diese jeweils auf unterschiedlichen Annahmen zur Geburtenhäufigkeit, zur Lebenserwartung und zum Wanderungssaldo basieren. In den beiden „mittleren“ und aus heutiger Sicht realistischsten Varianten liegt die Geburtenhäufigkeit auch zukünftig bei 1,4 Kindern je Frau. Die Lebenserwartung wird zunehmen, sodass sich für Jungen und Mädchen, die im Jahr 2060 geboren werden, die Lebenserwartung im Vergleich zu den heute Geborenen um 8 bzw. um 7 Jahre erhöht haben wird. Der einzige Unterschied zwischen den beiden „mittleren“ Varianten liegt in der unterstellten Nettozuwanderung. Während in der Variante „Untergrenze“ 100.000 Nettozuzüge pro Jahr ab 2014 angenommen werden, fallen diese in der Variante „Obergrenze“ mit 200.000 Einwanderern ab 2020 doppelt so hoch aus. Da die Zahl der Lebendgeborenen im Zeitverlauf rückläufig ist, während gleichzeitig die Zahl der Sterbefälle zunehmen wird, wird sich der Bevölkerungsrückgang in den nächsten Jahren beschleunigen. Insgesamt könnte die Bevölkerung von rund 82 Millionen in 2008 um 4,6 Millionen (rund -6%) auf 77,3 Millionen (Szenario „Untergrenze“) bzw. um 3 Millionen (rund -4%) auf 79,025 Millionen (Szenario „Obergrenze“) bis zum Jahr 2030 zurückgehen.²

Während die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Bevölkerungszahl insgesamt vergleichsweise moderat bis 2030 ausfallen, wird es drastische Verschiebungen in der Altersstruktur geben, die wiederum für den Pflegebereich relevant sind. Im Jahr 2008 waren 20,4% der Einwohner in Deutschland 65 Jahre und älter (16,729 Millionen). Bei den 20 bis 64-Jährigen betrug der Anteil 54,5% an der Gesamtbevölkerung (49,655 Millionen) und 19% (15,619 Millionen) waren jünger als 20 Jahre. Diese Struktur wird sich aufgrund des steigenden Geburtendefizits und der zunehmenden Lebenserwartung erheblich ändern. In der Variante mittlere Bevölkerung „Untergrenze“ erhöht sich der Anteil der über 65-Jährigen auf 28,8% (22,275 Millionen), dies entspricht absolut einem Zuwachs von 5,546 Millionen bis 2030. In dieser Variante wird sich die Zahl der 65 bis unter 80 Jährigen um rund 24% erhöhen, während bei den 80-Jährigen und Älteren – diese Altersgruppe ist besonders für den Pflegebereich relevant – der Zuwachs sogar 58% betragen wird. Im Gegensatz dazu wird die erwerbsfähige Bevölkerung (20 bis 64-Jährige) um rund 7,5 Millionen auf 42,149 Millionen zurückgehen und es werden dann nur noch 12,927 Millionen Menschen unter 20 Jahre in Deutschland leben.

² Die Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes (2009) umfassen den Zeitraum bis zum Jahr 2060. Allerdings werden sowohl die Bevölkerungsvorausberechnungen als auch die Prognosen zu den Pflegebedürftigen mit zunehmendem Zeithorizont unsicherer, sodass in diesem Beitrag lediglich die kommenden zwanzig Jahre betrachtet werden. Bereits in diesem Zeitraum wird es zu drastischen Verschiebungen in der Altersstruktur kommen, die dann zu einem Anstieg der Pflegebedürftigen führen werden.

Die Kombination aus Bevölkerungsrückgang und Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung hat für den Pflegearbeitsmarkt zwei Konsequenzen. Zum einen wird das Potenzial an Arbeitskräften zurückgehen, da die Zahl der erwerbsfähigen Bevölkerung (20 - 64 Jährige) sinken wird. Zum anderen wird die Zahl der Pflegebedürftigen deutlich ansteigen, da mehr Ältere und somit potenziell mehr Pflegebedürftige in der Gesellschaft leben. Denn die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden, ist sehr hoch mit dem Alter korreliert, wobei es zum Teil deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen gibt. Bis in die Altersklasse der 70 bis 75 Jährigen liegt die Prävalenzrate, d.h. die Anzahl der Pflegebedürftigen in dieser Altersklasse geteilt durch die Bevölkerung in dieser Altersklasse, nahezu gleich auf bei 4,8%. Mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenzrate der Frauen schneller als die der Männer an, was unter anderem auf den Unterschied in der Lebenserwartung zurückzuführen ist. Bei den 80 bis 85 Jährigen sind 8,9% der Männer aber 10,7% der Frauen pflegebedürftig. In der Altersklasse der über 90-Jährigen fällt der Unterschied am größten aus: 38,9% der Männer und 68,8% der Frauen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008).

Da Projektionen zu den Pflegebedürftigen über einen längeren Zeitraum mit Unsicherheiten behaftet sind, werden in Studien in der Regel verschiedene Szenarien entwickelt, um die Auswirkungen von Verhaltensänderungen der involvierten Akteure (Angehörige und Pflegebedürftige) aber auch den medizinisch-technischen Fortschritt zu berücksichtigen. Für die zukünftige Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen existieren bereits eine Vielzahl an Studien, die zu sehr ähnlichen Ergebnissen kommen, da die zugrunde gelegten Annahmen nur geringfügig voneinander abweichen. In diesem Beitrag wird auf das Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) zurückgegriffen. In dieser Publikation werden zwei Szenarien zur Zahl der Pflegebedürftigen vorgestellt, die hier als Basisszenarien bezeichnet werden. Als Erweiterung zu den beiden Szenarien des Sachverständigenrates, bei denen jeweils auch die Zahl der pflegenden Angehörigen in der Zukunft weiter ansteigt, werden zwei eigens berechnete Alternativszenarien dargestellt, bei denen die Zahl der pflegenden Angehörigen auf dem Niveau von 2010 festgeschrieben wird (zur Rechtfertigung dieser Annahme siehe Abschnitt 3.2).

3.1 Basisszenarien zur Entwicklung der zukünftigen Pflegebedürftigen

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) hat zwei Prognosen zur Anzahl der zukünftigen Pflegebedürftigen in Deutschland vorgelegt. Im ersten sogenannten Status-quo Szenario werden die derzeitigen Pflegequoten getrennt nach Altersklassen und Geschlecht auf die Bevölkerung in die Zukunft übertragen. Diesem Szenario liegt die Annahme zugrunde, dass es zukünftig keine Verbesserungen im Gesundheitszustand der älteren Menschen gibt, bspw. durch präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen, Verhaltensänderungen und/oder durch bessere Behandlungsmöglichkeiten.³ Daher kann dieses Szenario als Obergrenze

³ Vgl. Bartholomeyczik (2006) zur Bedeutung von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen für die Pflege.

für die Zahl der Pflegebedürftigen erachtet werden. Neben der absoluten Zahl der Pflegebedürftigen wird in dem Gutachten des Sachverständigenrates auch die Verteilung der Pflegebedürftigen auf die einzelnen Versorgungsarten ausgewiesen. Hierbei werden implizit Annahmen getroffen, inwiefern sich die Angehörigen der Pflegebedürftigen zukünftig in der Pflege engagieren. Diese Annahme hat wiederum Auswirkungen auf den professionellen Pflegearbeitsmarkt, da pflegende Angehörige und professionelle Pflegedienstleister in einem Substitutionsverhältnis stehen (siehe hierzu auch die Alternativszenarien in Abschnitt 3.2)

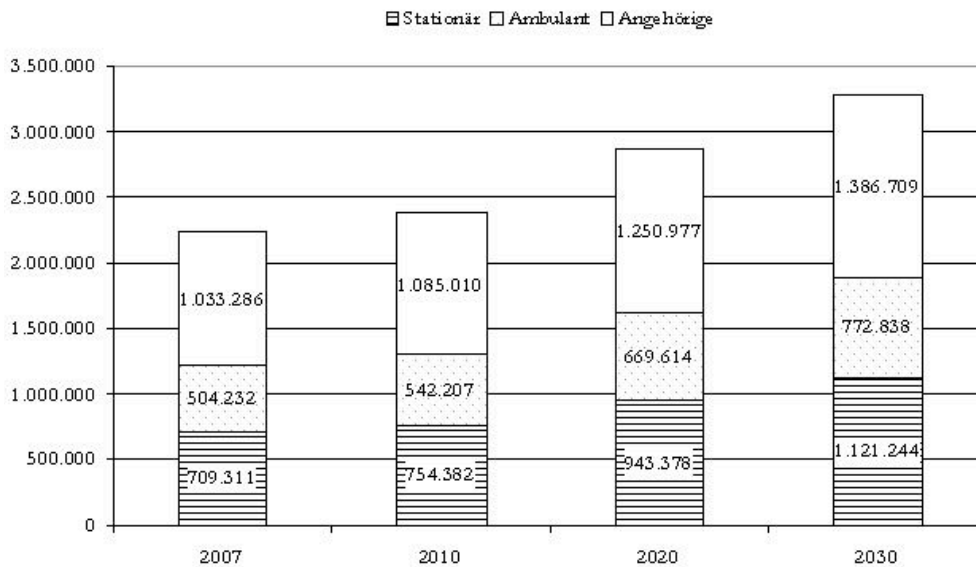
In einem zweiten Szenario, das der Sachverständigenrat in seinem Sondergutachten veröffentlicht hat, wird für die Berechnung der zukünftigen Zahl der Pflegebedürftigen angenommen, dass die Kompressionsthese der Morbidität greift. Dies bedeutet, dass die Gesamtphase der in Krankheit bzw. Pflege verbrachten Jahre anteilig an der gesamten Lebenserwartung (annahmegemäß) abnimmt. Theoretisch wären für die hinzugewonnene Lebenszeit drei Szenarien hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit denkbar. Die Pflegebedürftigkeit könnte sich parallel zur Erhöhung der Lebenserwartung nach oben verschieben, wenn die hinzugewonnenen Lebensjahre in Gesundheit verbracht werden. Alternativ wäre auch ein unter- bzw. überdurchschnittlicher Zuwachs an gesunden Lebensjahren möglich. Die beiden zuletzt genannten Szenarien spiegeln die Kompressions- bzw. die Medikalisierungsthese wider. Neuere empirische Untersuchungen liefern Hinweise, die für die relative Morbiditätskompressionsthese sprechen, sodass ein entsprechendes Szenario mit Kompressionsthese entwickelt wurde (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009).

Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen und deren Art der Versorgung sind für beide Basisszenarien (Status-Quo-Szenario und Szenario Kompressionsthese) in den Abbildungen 2 und 3 dargestellt. Demzufolge könnte die Zahl der Pflegebedürftigen im Status-quo Szenario auf 3,28 Millionen ansteigen, während es im Szenario mit Kompressionsthese rund 2,93 Pflegebedürftige wären.⁴ Davon dürften jeweils ca. zwei Drittel professionell, d.h. durch ambulante Pflegedienste oder in stationären Einrichtungen, versorgt werden. Die deutlichste Zunahme wird für den Bereich der stationären Pflege erwartet, da die Zahl der Hochbetagten spürbar ansteigen wird und somit die Unterbringung in Heimen die erste Wahl darstellt (+59% im Status-Quo-Szenario und +39% im Szenario Kompressionsthese). In absoluten Zahlen bedeutet dies eine Zunahme der Pflegebedürftigen im stationären Bereich um rund 420.000 (Status-Quo) bzw. 360.000 (Kompressionsthese).

Ein deutlicher Zuwachs wird auch für die Versorgung durch ambulante Dienste projiziert: +53% im Status-Quo-Szenario (+400.000) und +36% im Szenario Kompressionsthese (+270.000). Die Versorgung durch Angehörige wird in beiden Szenarien ebenfalls zunehmen, allerdings nicht in dem Tempo wie die professionelle Versor-

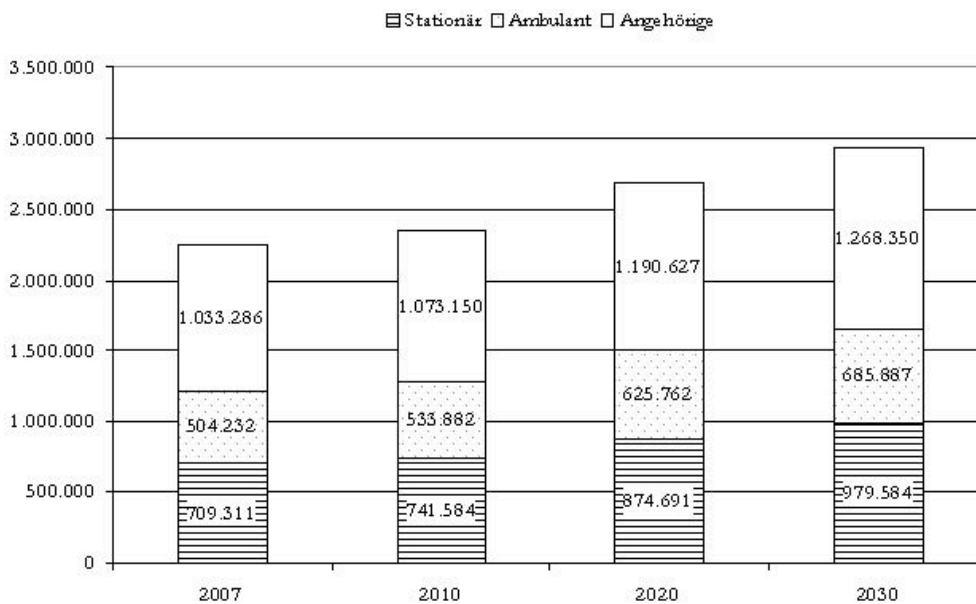
⁴ Der Vergleich mit anderen Studien zeigt, dass die Projektionsergebnisse sehr ähnlich ausfallen. Das Institut der deutschen Wirtschaft (2008) projiziert 3,360 Millionen Pflegebedürftige, Schnabel (2007) zwischen 2,7 - 2,9 Millionen Pflegebedürftige im Jahr 2030. Die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder kommen auf 3,0 bis 3,4 Millionen Pflegebedürftige in 2030.

Abb. 2: Status-Quo-Szenario zur Entwicklung der Pflegebedürftigen bis 2030



Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2008), Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009), eigene Darstellung.

Abb. 3: Szenario Kompressionsthese zur Entwicklung der Pflegebedürftigen bis 2030



Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2008), Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009), eigene Darstellung.

gung (+34% im Status-Quo-Szenario und +23% im Szenario Kompressionsthese). Im Status-Quo-Szenario liegt die Zahl der pflegenden Angehörigen im Jahr 2030 bei 1,386 Millionen, im Szenario mit Kompressionsthese bei 1,268 Millionen. Die im

Sondergutachten getroffenen Annahmen implizieren somit, dass sich der Trend zur professionellen Versorgung weiter fortsetzen wird.

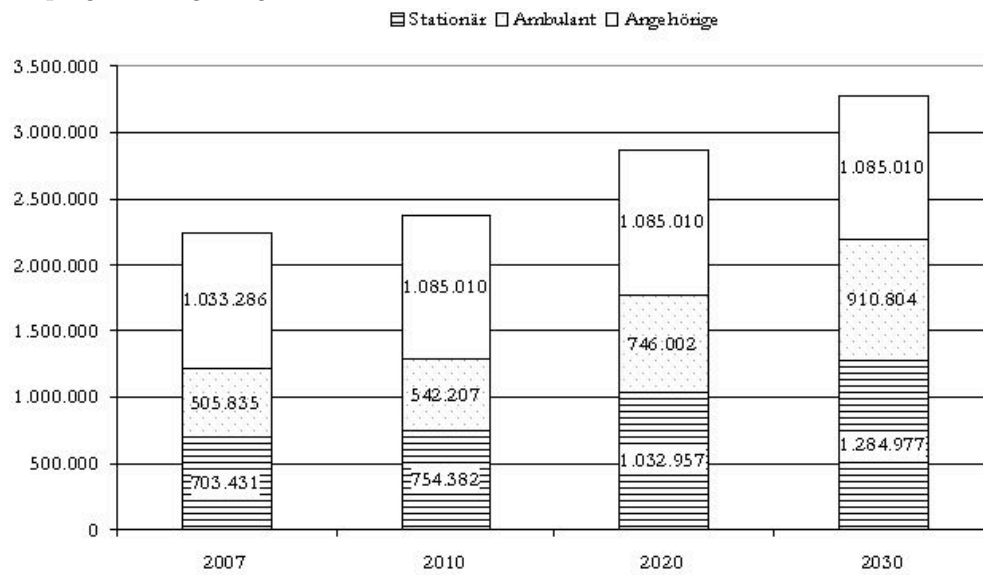
3.2 Alternativszenarien zur Entwicklung der zukünftigen Pflegebedürftigen

In den vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) berechneten Basisszenarien wird davon ausgegangen, dass sich mit der Zahl der Pflegebedürftigen auch die Zahl der pflegenden Angehörigen erhöht. Diese Annahme ist jedoch als kritisch zu beurteilen, da zahlreiche Studien den Schluss nahe legen, dass das Angebot an pflegenden Angehörigen zukünftig nicht zunehmen wird. Dies ist erstens auf die niedrige Geburtenhäufigkeit in den letzten Jahrzehnten bzw. des Anstiegs der Kinderlosigkeit zurückzuführen, sodass insgesamt das familiäre Pflegepotenzial in Deutschland rückläufig ist. Zweitens hat in den vergangenen Jahren die räumliche Entfernung zwischen Eltern und Kindern zugenommen, sodass daraus eine Abnahme der Familienpflege resultiert (Schnabel 2007 und Konrad et al. 2002). Drittens wirkt sich ein weiterer Anstieg der Erwerbstätigkeit dämpfend auf das familiäre Pflegepotenzial aus. Da seit Jahren ein Trend zu höheren Berufsabschlüssen sowohl bei Männern als auch bei Frauen beobachtet werden kann und Hochqualifizierte auch eine höhere Erwerbsquote aufweisen, resultiert daraus ein Rückgang der familiären Pflege (Frauen stellen bislang rund 3/4 der ersten Hauptpflegeperson dar).⁵ Viertens ist darüber hinaus ein Trend zu weniger festen Partnerschaften bei Älteren zu beobachten, sodass neben der Pflege durch die eigenen Kinder auch die Pflege durch den Partner abnehmen könnte (Keck und Saraceno 2009). Fünftens zeigen die Bevölkerungsvorberechnungen des Statistischen Bundesamtes, dass insbesondere bei den Hochbetagten ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen sein wird. Diese haben die höchste Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden bzw. in die oberste Pflegestufe zu gelangen, sodass die ambulante und stationäre Pflege weiter an Bedeutung gewinnen werden.

Aus diesen Gründen werden nachfolgend zwei Alternativszenarien vorgestellt. Diesen liegt die Annahme zugrunde, dass die Zahl der pflegenden Angehörigen auf dem Niveau des Jahres 2010 verharret, d.h. in den nachfolgenden Jahren wird sich deren Zahl nicht wie in den Basisszenarien unterstellt, erhöhen. Das erste Alternativszenario ist an die Status-Quo-Variante des Basisszenarios angelehnt und unterstellt, dass die Zahl der Pflegebedürftigen ab dem Jahr 2010 in den nachfolgenden Jahren bei 1,085 Millionen festgeschrieben wird. Im Szenario der Kompressionsthese liegt die Zahl der pflegenden Angehörigen entsprechend bei rund 1,073 Millionen ab dem Jahr 2010. Die vom Sachverständigenrat ausgewiesenen Pflegebedürftigen, die durch Angehörige versorgt werden und in den Jahren 2020 und 2030 über diesen festgeschriebenen Zahlen liegen, werden auf die ambulante und die stationäre Pflege aufgeteilt. Im Ergebnis

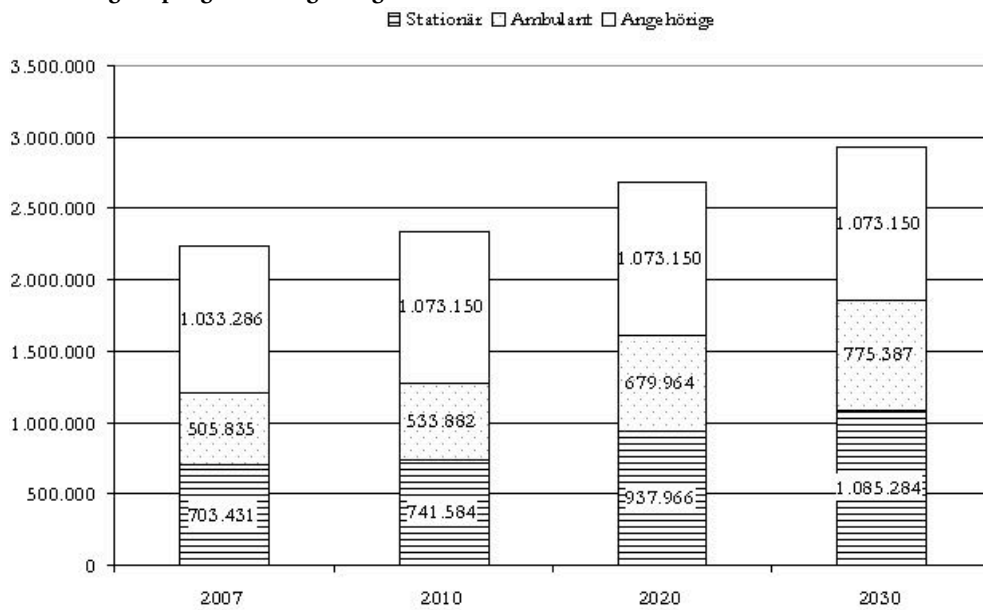
⁵ Blinkert (2007) zeigt darüber hinaus, dass die häusliche Versorgung durch Angehörige oder Freunde/Bekannte stark mit der Zugehörigkeit zu sozialen Milieus variiert. Insbesondere in statushöheren Milieus haben die Opportunitätskosten, d.h. der Verzicht auf Einkommen aus Erwerbstätigkeit, eine große Bedeutung für die Entscheidung Angehörige zu pflegen.

Abb. 4: Status-Quo-Szenario zur Entwicklung der Pflegebedürftigen bis 2030 bei Festschreibung der pflegenden Angehörigen auf das Niveau in 2010



Quelle: eigene Berechnungen.

Abb. 5: Szenario Kompressionsthese zur Entwicklung der Pflegebedürftigen bis 2030 bei Festschreibung der pflegenden Angehörigen auf das Niveau in 2010



Quelle: eigene Berechnungen.

bedeutet dies, dass die professionellen Anbieter mehr Pflegebedürftige zu versorgen haben (vgl. Abbildung 4 und 5).⁶

Wird das Szenario mit Status-Quo Entwicklung der Pflegebedürftigen zugrunde gelegt werden im Jahr 2020 knapp 166.000 Pflegebedürftige zusätzlich durch professionelle Pflegedienste betreut werden. Davon entfallen rund 90.000 (1.032.957 - 943.378, vgl. Abbildung 2 und 4) auf den stationären Bereich, während 76.000 (746.002 - 669.614, vgl. Abbildung 2 und 4) zusätzlich ambulant versorgt werden. In 2030 liegt die Zahl der Pflegebedürftigen, die dann zusätzlich professionell versorgt werden müssen, mit 302.000 knapp doppelt so hoch wie in 2020. Auch diese Pflegebedürftigen werden gemäß dem Verteilungsschlüssel auf die stationäre und ambulante Pflege umgelegt. Im Szenario Kompressionsthese, in dem es zu einem langsameren Anstieg der Pflegebedürftigen kommt, fällt die Zahl der zusätzlich durch professionelle Anbieter zu versorgenden Pflegebedürftigen entsprechend geringer aus. Im Jahr 2030 werden von 195.000 Pflegebedürftigen, die dann nicht durch Angehörige betreut werden, rund 106.000 (1.085.284 - 979.584, vgl. Abbildung 3 und 5) zusätzlich in stationären Einrichtungen versorgt und 89.000 (775.387 - 685.887, vgl. Abbildung 3 und 5) zusätzlich durch ambulante Pflegedienstleister.

Sowohl für die beiden Basisszenarien des Sachverständigenrates als auch für die beiden Alternativszenarien, werden im folgenden Abschnitt die Auswirkungen für den professionellen Pflegearbeitsmarkt durch eigene Modellrechnungen bis zum Jahr 2030 dargestellt.

4. Der Arbeitsmarkt für Pflege in der Zukunft: Modellrechnungen bis zum Jahr 2030

Nach Projektion der zukünftigen Pflegebedürftigen und deren voraussichtliche Aufteilung auf die verschiedenen Pflegearrangements stellt sich die Frage, wie viele Beschäftigte in Zukunft im Pflegebereich arbeiten könnten. Hierzu werden in einem ersten Schritt, die Beschäftigten im Pflegebereich in Vollzeitäquivalente (VZÄ) umgerechnet. Wie bereits im Abschnitt Bestandsaufnahme dargestellt, haben Teilzeitkräfte einen erheblichen Anteil an allen Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten und in Pflegeheimen. Wird die tatsächliche Arbeitszeit der Teilzeitbeschäftigten berücksichtigt und entsprechend für die Berechnung einer Vollzeitstelle gewichtet, ergeben sich folgende Beschäftigtenzahlen in Vollzeitäquivalenten. Im Bereich der ambulanten Pflegedienste waren im Jahr 2005 rund 214.000 Beschäftigte tätig, dies entspricht knapp 140.000 Vollzeitäquivalenten (vgl. Schnabel 2007 und Institut der deutschen Wirtschaft 2009). Werden die Vollzeitäquivalente nun ins Verhältnis der Pflegebedürftigen ge-

⁶ Für die Verteilung der Pflegebedürftigen, die oberhalb von 1,085 Millionen im Status-Quo-Szenario liegen (1,073 Millionen im Szenario Kompressionsthese) wurde ein Verteilungsschlüssel berechnet. Dazu wurde die Summe der Pflegebedürftigen in den drei Pflegestufen im stationären und ambulanten Bereich jeweils auf 100 gesetzt. Der sich dadurch ergebende Anteil für die stationäre bzw. ambulante Pflege wurde dann dazu verwendet, um die Pflegebedürftigen, die bislang durch Angehörige versorgt wurden, auf die beiden Bereiche der professionellen Pflege aufzuteilen.

setzt, die durch ambulante Pflegedienste betreut werden, ergibt sich eine Personalquote von 0,3. In den Pflegeheimen entsprechen die rund 546.000 Beschäftigten knapp 409.000 Vollzeitäquivalenten, d.h. bezogen auf die Pflegebedürftigen ergibt sich in bei der stationären Pflege eine Personalquote von 0,6.⁷

4.1 Basisszenarien zur Entwicklung des professionellen Pflegearbeitsmarktes

Hinsichtlich der zukünftigen Entwicklung des Personalbedarfs in der professionellen Pflege ist die Aufteilung der Pflegebedürftigen in stationäre Einrichtungen bzw. die Versorgung durch ambulante Pflegedienste von großer Bedeutung. Hierzu wurden bereits bei der Projektion der Pflegebedürftigen implizit Annahmen getroffen (vgl. Abschnitt 3). Darüber hinaus können sich aber auch Produktivitätssteigerungen (= Verbesserung der Relation Pflegekräfte/Pflegebedürftige) in der Erbringung von Pflegedienstleistungen im ambulanten und stationären Bereich ergeben: einerseits durch den vermehrten Einsatz von medizinisch-technischen Hilfsmitteln, andererseits durch neue Organisationsformen bzw. Arbeitsabläufe in der Pflege. In diesem Zusammenhang können durch Veränderungen in der qualifikations-spezifischen Zusammensetzung des Pflegepersonals (Personalmix) Effekte auf die Personalbemessungsgrundlage erzielt werden. Denn durch einen stärkeren Einsatz qualifizierten Pflegepersonals kann mit positiven Auswirkungen auf die Relation Pflegekräfte/Pflegebedürftige gerechnet werden. Der Bedarf an Pflegekräften pro Pflegebedürftigen könnte darüber hinaus durch neue Konzepte bei Wohnformen der Pflegebedürftigen sinken. Beispielsweise können sich durch das Zusammenleben mehrerer Generationen unter einem Dach (gegenseitige Unterstützung) und/oder durch betreute Wohngemeinschaften (Versorgung durch ambulante Pflegedienste) günstige Entwicklungen hinsichtlich des Verhältnisses Pflegekräfte/Pflegebedürftige ergeben (Bartholomeyczik und Hunstein, 2000). Alle diese Faktoren können zusammengefasst in Produktivitätssteigerungen in der Pflege münden. Allerdings dürften die Produktivitätsfortschritte im Pflegebereich aufgrund der überwiegend arbeitsintensiven Tätigkeiten im Vergleich zu anderen Wirtschaftszweigen eher gering ausfallen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009).

Da die Zahl der Pflegebedürftigen von der Entwicklung der altersspezifischen Prävalenzrate abhängt und sich möglicherweise (geringe) Produktivitätsfortschritte in der Pflege ergeben, werden nachfolgend vier Szenarien zur Entwicklung des professionellen Pflegearbeitsmarktes betrachtet. Diese Szenarien unterscheiden sich zum einen inwiefern die Zahl der Pflegebedürftigen sich entwickeln könnte (Status-Quo vs. Kompressionsthese) und zum anderen, ob Produktivitätsfortschritte in der Pflege zum Tragen kommen.

⁷ Das Verhältnis zwischen Beschäftigten und Vollzeitäquivalenten ist bei den Pflegeheimen ungünstiger als im Fall der ambulanten Pflegedienste, da in den stationären Einrichtungen mehr Vollzeitbeschäftigte tätig sind und die Teilzeitbeschäftigten im Durchschnitt auch mehr arbeiten als die Teilzeitbeschäftigten in den ambulanten Pflegediensten.

Tab. 1: Basisszenarien zur Berechnung der Arbeitskräfte in der professionellen Pflege

	Produktivitätsfortschritte					
	nein			ja		
SQ bei Pflegebedürftigen	Ambulant	Stationär	Summe	Ambulant	Stationär	Summe
Zahl der Vollzeitäquivalente						
2007	151.000	425.000	576.000	151.000	425.000	576.000
2010	161.000	456.000	617.000	158.000	441.000	599.000
2020	199.000	570.000	769.000	189.000	526.000	715.000
2030	230.000	677.000	907.000	213.000	594.000	806.000
KT bei Pflegebedürftigen	Ambulant	Stationär	Summe	Ambulant	Stationär	Summe
Zahl der Vollzeitäquivalente						
2007	151.000	425.000	576.000	151.000	425.000	576.000
2010	159.000	448.000	607.000	155.000	434.000	589.000
2020	186.000	528.000	714.000	177.000	488.000	665.000
2030	204.000	592.000	796.000	189.000	519.000	708.000

Anmerkungen: SQ = Status-Quo-Szenario; KT = Szenario Kompressionsthese.

Quelle: eigene Berechnungen.

Im ersten Szenario (vgl. Tabelle 1, Rechteck links oben) wird unterstellt, dass sich die Zahl der Pflegebedürftigen gemäß der Status-Quo Variante des Sachverständigenrates entwickeln wird. Produktivitätsfortschritte werden in der Versorgung der Pflegebedürftigen zunächst ausgeblendet, sodass sich die Zahl der Beschäftigten im Pflegearbeitsmarkt aus der Multiplikation der Pflegebedürftigen in der stationären bzw. ambulanten Versorgung mit der Personalquote berechnen lassen. Demzufolge ergeben sich für die ambulante Pflege rund 230.000 Beschäftigte (in Vollzeitäquivalenten), während es bei den stationären Arbeitskräften dann 677.000 VZÄ in 2030 wären (vgl. Tabelle 1). Gegenüber dem Jahr 2007 ist dies eine Steigerung von knapp 52 bzw. 58%. Entwickelt sich die Zahl der zukünftigen Pflegebedürftigen allerdings nach dem Szenario der Kompressionsthese (vgl. Tabelle 1, Rechteck links unten), dann ergeben sich knapp 796.000 Vollzeitäquivalente; folglich um über 100.000 Vollzeitäquivalente weniger als im Status-Quo-Szenario. Dies verdeutlicht bereits, welche Folgen eine geringere Prävalenzrate sowohl für die Zahl der Pflegebedürftigen als auch für den professionellen Arbeitsmarkt hätte.

Analog zu den beiden bislang betrachteten Szenarien wird in den Szenarien 3 (vgl. Tabelle 1, Rechteck rechts oben) und 4 (vgl. Tabelle 1, Rechteck rechts unten) unterstellt, dass sich aufgrund von technischem Fortschritt die Relation von Beschäftigten (in VZÄ) zu Pflegebedürftigen sowohl in der ambulanten Versorgung als auch in der stationären Unterbringung verbessert. Die Produktivitätsfortschritte machen sich dadurch bemerkbar, dass in der ambulanten Pflege die Personalquote von 0,3 auf knapp 0,28 bis zum Jahr 2030 abnimmt (entspricht einem durchschnittlichen Produktivitätszuwachs von 0,25% pro Jahr), während im stationären Bereich die Personalquote

von 0,6 auf 0,53 sinkt (entspricht ebenfalls einem durchschnittlichen Produktivitätszuwachs von 0,25% pro Jahr). Wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen gemäß dem Status-Quo-Szenario entwickeln und werden gleichzeitig Produktivitätsfortschritte erzielt, dann würden rund 205.000 Vollzeitäquivalente im Jahr 2030 im Bereich der ambulanten Pflege arbeiten. Damit liegt die Beschäftigung deutlich unter dem Status-Quo-Szenario ohne Produktivitätsfortschritte (-25.000). Bei den Pflegearbeitskräften im stationären Bereich würden rund 594.000 Vollzeitäquivalente beschäftigt sein. Entwickelt sich die Zahl der Pflegebedürftigen gemäß der Kompressionsthese und treten gleichzeitig Produktivitätsfortschritte auf, dann fällt der Bedarf an Arbeitskräften in der ambulanten und in der stationären Pflege im Vergleich zu allen bisher betrachteten Szenarien am geringsten aus. Insgesamt zeigen die Ergebnisse der vier Szenarien, dass die zukünftige Entwicklung des Pflegearbeitsmarktes nicht nur von der Zahl der Pflegebedürftigen sondern auch vom Produktivitätssteigerungen abhängt.⁸

4.2 Alternativszenarien zur Entwicklung des professionellen Pflegearbeitsmarktes

Falls sich zukünftig Angehörige nicht in dem Umfang an der Pflege beteiligen können/wollen wie in den Basisszenarien unterstellt, sondern vielmehr das Niveau des Jahres 2010 festgeschrieben wird, ergeben sich deutlich höhere Beschäftigungseffekte für den professionellen Pflegearbeitsmarkt. Analog zu den Basisszenarien im vorherigen Abschnitt werden nachfolgend vier Szenarien für die Beschäftigung in Vollzeitäquivalenten ausgewiesen. Die Zahl der Pflegebedürftigen ergibt sich aus den in Abschnitt 3.2 dargestellten Alternativszenarien, während die Produktivitätsfortschritte denen im vorherigen Abschnitt entsprechen. Aus den Unterschieden zwischen den Basisszenarien und den Alternativszenarien lässt sich nun ableiten, in welchem Umfang zusätzlich professionelles Pflegepersonal benötigt wird. Für 2007 und 2010 sind die Beschäftigungsniveaus in den Alternativszenarien mit denen der Basisszenarien identisch, da erst nach 2010 die Zahl der pflegenden Angehörigen (annahmegemäß) nicht weiter zunimmt.

Im Status-Quo-Szenario ohne Produktivitätsfortschritte und einer konstanten Zahl an pflegenden Angehörigen (vgl. Tabelle 2, Rechteck links oben) steigt die Zahl der Vollzeitäquivalente auf rund 1,047 Millionen an, wobei 271.000 auf die ambulante Pflege und 776.000 auf die stationäre Pflege entfallen. Der Vergleich zum Szenario, in dem die Angehörigen stärker in die Pflege eingebunden sind (vgl. Tabelle 2), zeigt, dass 140.000 Vollzeitäquivalente zusätzlich benötigt würden (1.047.000 - 907.000). In den drei übrigen Szenarien liegt die Zahl der Beschäftigten (in VZÄ) ebenfalls deutlich über den vergleichbaren Szenarien, wenn Angehörige die Pflege übernehmen würden (zwischen 80.000 und 125.000 zusätzliche Beschäftigte).⁹

8 Die finanziellen Belastungen für die Volkswirtschaft insgesamt bzw. für den einzelnen Pflegebedürftigen (und deren Angehörigen) werden in diesem Beitrag nicht thematisiert, vgl. hierzu Blinkert und Gräf (2009) sowie Hofmann (2006).

9 Das Institut der deutschen Wirtschaft (IW) rechnet in einem oberen Szenario, d.h. keine Produktivitätsfortschritte und der Trend zur stationären Pflege setzt sich fort, mit 1,12 Millionen Beschäftigten (in VZÄ) im Jahr 2030 bzw. mit 0,99 Millionen Beschäftigten falls sich Produktivitätsfortschritte realisieren lassen, vgl. Ernste und Pimpertz (2008).

Tab. 2: Alternativszenarien zur Berechnung der Arbeitskräfte in der professionellen Pflege

	Produktivitätsfortschritte					
	nein			ja		
SQ bei Pflegebedürftigen	Ambulant	Stationär	Summe	Ambulant	Stationär	Summe
Zahl der Vollzeitäquivalente						
2007	151.000	425.000	576.000	151.000	425.000	576.000
2010	161.000	456.000	617.000	158.000	441.000	599.000
2020	222.000	624.000	846.000	211.000	576.000	787.000
2030	271.000	776.000	1.047.000	251.000	680.000	931.000
KT bei Pflegebedürftigen	Ambulant	Stationär	Summe	Ambulant	Stationär	Summe
Zahl der Vollzeitäquivalente						
2007	151.000	425.000	576.000	151.000	425.000	576.000
2010	159.000	448.000	607.000	155.000	434.000	589.000
2020	203.000	567.000	770.000	192.000	523.000	715.000
2030	231.000	657.000	888.000	214.000	574.000	788.000
Anmerkungen: SQ = Status-Quo-Szenario; KT = Szenario Kompressionsthese.						

Quelle: eigene Berechnungen.

4.3 Diskussion der Ergebnisse aus den Modellrechnungen

Die Zahl der Beschäftigten in Vollzeitäquivalenten in der ambulanten Pflege schwankt im Basisszenario zwischen 182.000 und 230.000 für das Jahr 2030. Für den stationären Bereich liegt die Spannweite im Basisszenario zwischen 519.000 und 677.000 VZÄ zum gleichen Zeitpunkt. Werden die Alternativszenarien berücksichtigt, bei denen die Zahl der pflegenden Angehörigen auf dem Niveau des Jahres 2010 festgeschrieben wird, erhöht sich der Bedarf im ambulanten Bereich auf bis zu 271.000 bzw. in der stationären Pflege auf bis zu 776.000 Vollzeitäquivalente. Die dargestellten Modellrechnungen sollen deutlich machen, in welchem Korridor sich der professionelle Pflegearbeitsmarkt in Deutschland bewegen könnte, wenn der Bedarf nach Pflegedienstleistungen auch auf ein entsprechendes Angebot trifft. Die tatsächliche Entwicklung des Pflegearbeitsmarktes hängt freilich auch von den (gesetzlichen) Rahmenbedingungen ab, die im Zeitverlauf variieren können. In diesem Zusammenhang spielen zweifelsfrei die Verdienstmöglichkeiten im Pflegebereich bzw. in anderen Arbeitsmarktsegmenten eine entscheidende Rolle, sich für oder gegen eine Tätigkeit in der Pflege zu entscheiden. Auch beim familiären Pflegepotenzial ist davon auszugehen, dass neben moralischen Aspekten (Versorgung der Eltern, des Partners) auch die Höhe des Pflegegeldes bzw. die alternativen Verdienstmöglichkeiten bei einer Erwerbstätigkeit für die Entscheidung, die Pflege der Angehörigen zu übernehmen, von hoher Bedeutung sind. Diese finanziellen Aspekte, die die Entscheidung für oder gegen die professionelle Versorgung mit beeinflussen, wurden jedoch bewusst ausgeblendet. Vielmehr stand in diesem Beitrag der Zusammenhang zwischen der Zahl der zukünftigen Pflegebedürftigen,

dem familiären Pflegepotenzial, Produktivitätsfortschritten in der Pflege und deren Auswirkungen auf den professionellen Pflegearbeitsmarkt im Fokus. Hierbei wurde deutlich, dass neben der absoluten Zahl der Pflegebedürftigen und den möglichen Produktivitätssteigerungen insbesondere das zukünftige Engagement der pflegenden Angehörigen für die Entwicklung des professionellen Pflegearbeitsmarktes von hoher Bedeutung sein wird. Denn zwischen den Angehörigen und den professionellen Anbietern von Pflegedienstleistungen besteht eine substitutionale Beziehung. Nichtsdestotrotz ist aus heutiger Sicht der Trend zur professionellen Versorgung unausweichlich, da die Zahl der Hochbetagten in Deutschland deutlich zunehmen wird. Diese Entwicklung ist sowohl in den Basisszenarien als auch in den Alternativszenarien berücksichtigt worden.

5. Fazit

Der demografische Wandel wird den Pflegearbeitsmarkt in Deutschland nachhaltig beeinflussen. Der Anstieg des Geburtendefizits bei gleichzeitiger Zunahme der Lebenserwartung hat zur Folge, dass immer mehr ältere Menschen einer schrumpfenden Erwerbsbevölkerung gegenüberstehen. Aufgrund dieser Entwicklung könnte sich die Zahl der Pflegebedürftigen von derzeit 2,25 Millionen bis zum Jahr 2030 auf 2,9 bis 3,3 Millionen erhöhen. Mit diesem Anstieg der Pflegebedürftigen wird die professionelle Pflege, d.h. die Versorgung durch ambulante Dienste und insbesondere in stationären Einrichtungen, weiter an Bedeutung gewinnen. Diese Entwicklung ist einerseits auf den Anstieg der Hochbetagten zurückzuführen, da ältere Menschen eine höhere Pflegestufe aufweisen und dann eine Unterbringung in Heimen die erste Wahl darstellt. Hinzu kommt, dass das familiäre Pflegepotenzial aufgrund des Geburtendefizits, der räumlichen Entfernung zwischen Kindern und Eltern und der höheren (Frauen-) Erwerbstätigkeit der nachkommenden Generationen zurückgehen wird.

Durch die zunehmende Professionalisierung der Pflege kann mit einem deutlichen Beschäftigungszuwachs auf dem Pflegearbeitsmarkt gerechnet werden. Die durchgeführten Modellrechnungen zeigen, dass sich die Zahl der Beschäftigten von heute rund 576.000 (in Vollzeitäquivalenten) auf bis zu 1 Million bis zum Jahr 2030 nahezu verdoppeln könnte. Dieser positive Beschäftigungseffekt setzt allerdings voraus, dass der zunehmende Bedarf an professioneller Pflege auch auf ein entsprechendes Angebot an Pflegearbeitskräften trifft. Einerseits müssen die Pflegedienstleistungen für die Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen bezahlbar sein, damit der bestehende Bedarf auch nachfragewirksam wird. Andererseits müssen die Verdienstmöglichkeiten auf dem Pflegearbeitsmarkt hinreichend hoch ausfallen, sodass sich mehr Erwerbspersonen für einen Pflegeberuf entscheiden. Die relativ hohe Zahl der gemeldeten Stellen bei der Bundesagentur für Arbeit für Altenpflegeberufe sowie der Einsatz von illegalen „Haushaltshilfen“ aus dem Ausland lassen darauf schließen, dass die Rahmenbedingungen auf dem Pflegearbeitsmarkt verbesserungsbedürftig sind.

Literatur

- Bartholomeyczik, S. (2006): Prävention und Gesundheitsförderung als Konzepte der Pflege, in: Pflege & Gesellschaft 11, Heft 3, 210-223
- Bartholomeyczik, S. und D. Hunstein (2000): Erforderliche Pflege – zu den Grundlagen einer Personalbemessung, in: Pflege & Gesellschaft 4, 105-109
- Blinkert, B. (2007): Bedarf und Chancen: Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen im Prozess des demografischen und sozialen Wandels, in: Pflege & Gesellschaft 3, 227-239.
- Blinkert, B. und B. Gräf (2009): Deutsche Pflegeversicherung vor massiven Herausforderungen, Deutsche Bank Research, Frankfurt
- Ernste, D. und J. Pimpertz (2008): Wertschöpfungs- und Beschäftigungspotenziale auf dem Pflegemarkt in Deutschland bis 2050, Institut der deutschen Wirtschaft (IW), Köln.
- Hackmann, T. und S. Moog (2008a): Älter gleich kränker? Auswirkungen des Zugewinns an Lebenserwartung auf die Pflegewahrscheinlichkeit, Forschungszentrum Generationenverträge, Diskussionsbeiträge Nr. 26, Freiburg
- Hackmann, T. und S. Moog (2008b): Pflege im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage, Forschungszentrum Generationenverträge, Diskussionsbeiträge Nr. 33, Freiburg
- Hofmann, H. (2006): Altenpflege und soziale Dienste – wachsender Bedarf bei fehlenden Mitteln, ifo Schnelldienst 15, 24-30
- Konrad, K. et al. (2002): Geography and the family, American Economic Review 92, 981 - 998.
- Keck, W. und C. Saraceno (2009): Balancing elderly care and employment in Germany, WZB Discussion Paper, Berlin
- Neuhaus, A., M. Isfort und F. Weiner (2009): Situation und Bedarf von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Köln
- RWI, ADMED GmbH und HCB (2009): Auswirkungen von Mindestlöhnen auf Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige, Auszug aus dem Pflegeheim Rating Report 2009, Essen
- Schnabel, R. (2007): Zukunft der Pflege, Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (INSM), Köln.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008): Pflegestatistik 2007: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060: 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) (2008): Demografischer Wandel in Deutschland: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Heft 2, Wiesbaden
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten, Bonn

Dr. Carsten Pohl

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), Regionales Forschungsnetz, IAB
Nordrhein-Westfalen, Josef-Gockeln-Str. 7, 40474 Düsseldorf, carsten.pohl@iab.de

Beiträge

Adina Dreier, Jochen René Thyrian, Wolfgang Hoffmann

Dementia Care Manager in der ambulanten Demenzversorgung: Entwicklung einer innovativen Qualifizierung für Pflegefachkräfte

Dementia Care Manager in primary health care: development of an innovative qualification for nurses

In Germany more than one million people are living with dementia. The illness's progression increasingly requires health care in which the nursing profession plays an important role. Furthermore the profession's significance increases due to demographic changes, especially in the outpatient setting. Vocational and academic nursing educations already address dementia but further qualification of nurses is still needed to achieve quality-assured and evidence-based treatment and support. A review of advanced training options shows that there is a lack of qualification focusing on the specific scope of duties in outpatient, network-centred dementia care. The concept illustrated here is the development of a qualification and the implementation of nurses as Dementia Care Managers as proposed by the Center for Integrated Dementia Care Research (CIDC).

Keywords

Dementia, Dementia Care Manager, nursing profession, advanced training, curriculum development

In Deutschland sind mehr als eine Million Menschen an Demenz erkrankt. Das Fortschreiten der Erkrankung geht mit einem steigenden Pflegebedarf einher, so dass die Pflege ein elementarer Akteur innerhalb der Demenzversorgung ist. Deren Bedeutung wird durch den demografischen Wandel weiter stark zunehmen, besonders in der ambulanten Versorgung. Zwar werden Demenzerkrankungen in der berufsbildenden und akademischen Pflegeausbildung bereits thematisiert, für eine qualitätsgesicherte und Evidenz basierte Koordination der Behandlung und Betreuung ist jedoch eine Weiterqualifizierung der Pflegefachkraft notwendig. Ein Überblick über bestehende Fort- und Weiterbildungsoptionen zeigt,

eingereicht 16.07.2010

akzeptiert: 15.11.2010 (nach Überarbeitung)

dass bisher keine Qualifizierung auf das spezifische Handlungsfeld der ambulanten, netzwerkbezogenen Demenzversorgung fokussiert. Ein Lösungsansatz ist die Qualifizierung und der Einsatz von Pflegefachkräften nach dem Konzept des Dementia Care Managers wie es im Centre for Integrated Dementia Care Research (CIDC) entwickelt und evaluiert wird.

Schlüsselwörter

Demenz, Dementia Care Manager, Pflegeprofession, Weiterbildung, Curriculumentwicklung

1. Hintergrund und Einleitung

In Deutschland beläuft sich die derzeitige Anzahl der Demenzpatienten auf mehr als eine Million Menschen, wobei die Wahrscheinlichkeit an einer Demenz zu erkranken mit zunehmendem Alter ansteigt und sie somit fast ausschließlich in der zweiten Lebenshälfte auftritt. Der Anteil der Demenzkranken beträgt bei den 60-Jährigen rund ein Prozent, in der Altersgruppe der 80-Jährigen steigt dieser Anteil auf 20 Prozent an und beläuft sich bei den 90-Jährigen sogar auf bis zu 50 Prozent (Bickel 2000, Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2002). Die Zahl der Demenzkranken wird bis zum Jahr 2050 auf bis zu 2.5 Millionen ansteigen, wobei die jährliche Zahl der Neuerkrankungen mehr als 200.000 beträgt, von denen 125.000 Fälle auf die Alzheimer Krankheit entfallen (Bickel 2000, Weyerer 2005, Ziegler et al 2009). Eine exemplarische Hochrechnung für Mecklenburg-Vorpommern hat gezeigt, das sich die Zahl der Betroffenen ausgehend von 17.200 Menschen im Jahr 2002 aufgrund der demographischen Veränderungen bis 2020 auf 29.000 und damit um 67% erhöhen wird (Fendrich et al 2007). Mit Blick auf die demographischen Entwicklungen in Mecklenburg Vorpommern, die sich durch einen Anstieg der Lebenserwartung – 68 Jahre in 1990/72,5 Jahre in 2000 – (Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern 2005) und der Abwanderung jüngerer Bevölkerungsanteile charakterisieren, können sich für die Bevölkerung in strukturschwachen, ländlichen Regionen in Bezug auf die Demenzerkrankung lange Versorgungswege ergeben, die für viele ältere Menschen nur schwer überwindbar sind (Rogalski et al 2008). Daraus resultieren hohe Anforderungen an das Versorgungssystem und die einzelnen Berufsgruppen, deren Aufgabe in der Sicherung der medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgung und Betreuung des Demenzkranken in der Häuslichkeit besteht. Aus der zumeist zusätzlich bestehenden Multimorbidität der Demenzpatienten, die zu besonderen Herausforderungen z.B. in der medikamentösen Behandlung und Betreuung des Patienten führt, resultiert die Notwendigkeit einer umfassenden, alle Facetten der Erkrankungen berücksichtigende Behandlung im Kontext der Demenzerkrankung. Die direkten Folgen der kognitiven Beeinträchtigung des Demenzpatienten, wie beispielsweise herausfordernde Verhaltensweisen, die alle Lebensbereiche sowohl des Demenzkranken als auch das familiäre und soziale Umfeld einschließen, gehen im progredienten Verlauf der Erkrankung mit einem steigenden Pflegebedarf auf Seiten der Demenzpatienten und einem zunehmenden Unterstützungsbedarf seitens der pflegenden Angehörigen einher. Die Notwendigkeit einer auf dieses spezifische Aufgabenfeld fokussierte Aus- und Weiterbildung von Pflegefachkräften resultiert aus der komplexen Behandlung und Betreuung von an Demenz er-

kranken Menschen sowie der bedarfsgerechten und individuellen Beratung und Entlastung des pflegenden Umfeldes.

2. Demenz in der beruflichen und akademischen Pflegeausbildung

Die Bundesregierung hat mit dem bundeseinheitlichen Altenpflegegesetz, das in 2003 verkündet wurde, neue Ausbildungsregelungen geschaffen, die diesen Anforderungen stärker Rechnung tragen. So gehört die umfangreiche und geplante Pflege multimorbider und demenziell bzw. gerontopsychiatrisch erkrankter alter Menschen zum Fokus der Ausbildung in der Altenpflege. Neben dem Bestreben, die Altenpflegeausbildung bundeseinheitlich durchzuführen, unterstützt die Bundesregierung die Forcierung der Fort- und Weiterbildung des Pflegefachpersonals im Bereich der gerontopsychiatrischen Pflege (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002).

Das Krankenpflegegesetz, welches die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege regelt, wurde ebenfalls zuletzt im Jahr 2003 novelliert. Ziel war es, die künftige Erweiterung des Aufgabenspektrums der ehemals als Krankenpflege bezeichneten Berufsgruppe in Richtung Prävention, Beratung und Gesundheitsvorsorge stärker herauszubilden. In Bezug auf die inhaltliche Ausbildung erfolgte jedoch keine Veränderung im Sinne einer stärkeren Qualifizierung der Absolventen hinsichtlich gerontopsychiatrischer Erkrankungen und der Demenz. Derzeitig gewinnt die Thematik Demenz in der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege zunehmend an Bedeutung, jedoch hat der Bund hier keinerlei Regelungskompetenz, da die Zuständigkeit zur Umsetzung der Ausbildungs- und Prüfungsordnung bei den jeweiligen Bundesländern liegt und somit keine einheitlichen Bestimmungen in Bezug auf die Lehre der Ausbildungsinhalte in den einzelnen Ländern bestehen.

Gleiches gilt für die akademischen Pflegeausbildungen, der aus Sicht der Bundesregierung eine hohe Bedeutung sowohl für die Qualitätssicherung der Pflege als auch für die gesellschaftliche Anerkennung des Berufsfeldes zukommt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002). Die Akademisierung der Pflege entwickelt sich zunehmend weiter und umfasst neben dem Pflegemanagement, der Pflegepädagogik und der Pflegewissenschaft auch die Erstausbildung Pflege in Form von so genannten dualen Pflegestudiengängen wie sie beispielsweise an der Hochschule Neubrandenburg oder der Hochschule Mainz angeboten werden. Insgesamt existieren derzeit mehr als 75 pflegewissenschaftliche Studiengänge an Fachhochschulen und Universitäten in ganz Deutschland (Darmann-Finck et al 2007, Vosseler et al 2008). Die Mehrheit der Studiengänge ist dabei nicht als grundständige Hochschulausbildung zu betrachten, sondern setzen für den Zugang eine Primärqualifikation im Bereich der Pflege voraus. In Bezug auf das Thema Demenz sind die pflegewissenschaftlichen Studiengänge in Deutschland inhaltlich eher weniger auf das Thema fokussiert. Curricula wie beispielsweise der Masterstudiengang in Nursing Science an der Charité in Berlin enthalten Aspekte zur Thematik Demenz (Stock et al 2007), jedoch erfolgt keine spezi-

fische Qualifizierung der Absolventen im Sinne einer detaillierten, umfassenden Ausbildung für das praktische Handlungsfeld der ambulanten, netzwerkbezogenen Versorgung von Demenzkranken und ihren pflegenden Angehörigen.

Die Universität Witten-Herdecke stellt mit ihrem neu, eigens auf die Demenz Thematik entwickelten Master-Studiengang „Demenz-Spezialisten“, der ab dem Wintersemester 2010 beginnen soll, ein Novum dar (Brandt 2009). Dieser bislang einmalige Studiengang in Deutschland soll fächerübergreifend Experten für die Versorgung von Demenzpatienten und ihrer Familien ausbilden. Die Absolventen dieses Master-Studiengangs sollen unter anderem bei Krankenkassen, Kommunen, Altenheimen und Pflegediensten tätig werden. In einer wissenschaftlichen Dimension zielt der neu entwickelte Studiengang darauf ab, Daten über die Betreuung und die Bedürfnisse Demenzkranker zu erfassen und auszuwerten und darauf fußend neue Versorgungsmodelle in der Praxis zu erproben (Brandt 2009).

Die bestehende deutsche Ausbildungssituation in Bezug auf Demenz zeigt, dass bereits im Rahmen der Primärqualifikation zur Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Altenpflege die Thematik Demenz zunehmend an Bedeutung gewinnt und entsprechend in den Curricula verankert ist. Jedoch resultiert aus dem Faktum, dass die Zuständigkeit des Bildungsbereiches den einzelnen Bundesländer obliegt, ein heterogener Wissensstand der Pflegefachkräfte bezüglich der Demenz, die auf die unterschiedlichen zeitlichen Umfänge als auch auf die verschiedenartigen Inhalte zur Erkrankung zurückzuführen sind. Mit Blick auf die künftige demographische Entwicklung und dem damit einhergehenden steigenden Bedarf an medizinischen und pflegerischen Leistungen wird die Versorgung von alten und multimorbiden sowie von gerontopsychiatrisch veränderten Menschen zunehmen. Um diese Patienten entsprechend ihren Bedarfen adäquat versorgen zu können erscheint eine Fort- und Weiterbildung von Pflegefachkräften basierend auf ihrer Primärqualifikation in diesem Bereich als sinnvoll.

3. Demenz in Fort- und Weiterbildungen für Pflegefachkräfte

Die Ausgestaltung und Umsetzung von Fort- und Weiterbildungen fallen in Deutschland analog der Ausbildung in den Zuständigkeitsbereich der Länder, so dass in der Folge keine einheitlichen Fort- und Weiterbildungen zum Thema Demenz bestehen. Für Pflegefachkräfte existieren derzeit im Rahmen der Weiterbildung zwei Spezialisierungsmöglichkeiten auf dem Gebiet der Demenzversorgung. Zum einen die Pflegefachkraft Gerontopsychiatrie und zum anderen der/die Pflegeexperte/in für Menschen mit Demenz.

Die Weiterbildung zur Pflegefachkraft Gerontopsychiatrie kann bei diversen Fort- und Weiterbildungseinrichtungen in der gesamten Bundesrepublik absolviert werden. Ziel ist es, Pflegefachkräfte adäquat für die anspruchsvolle Arbeit mit alten Menschen, die an gerontopsychiatrischen Erkrankungen leiden, zu qualifizieren. Dazu müssen sie einerseits die entsprechenden Krankheitsbilder kennen und andererseits in die Lage

versetzt werden, ausgewählte therapeutische Interventionen im Rahmen der Versorgung und Behandlung gezielt anwenden zu können. Die inhaltliche Fokussierung kann zwischen den jeweiligen Bundesländern und den Bildungsträgern variieren. In Bezug auf spezifische gerontopsychiatrische Krankheiten werden in Bayern beispielsweise neben der Demenz, Depressionen, Suzidalität, Ängste, und Suchterkrankungen im Kontext der Weiterbildung thematisiert (Bayrisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 2009). Die Deutsche Akademie für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. in Münster lehrt in ihrer Weiterbildung Gerontopsychiatrie weitere Krankheitsbilder wie Wahnvorstellungen und Schizophrenien (Deutsche Akademie für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. 2010). Die Qualifizierung der Teilnehmer erfolgt hinsichtlich spezieller Lehrinhalte, die jeder Bildungsträger selbst definiert. Diverse Betreuungskonzepte wie die Kommunikation mit gerontopsychiatrisch veränderten Menschen, das Casemanagement oder die personenzentrierte Versorgung von demenziell Erkrankten sind hier als einige Beispiele zu nennen. Zusätzlich zum theoretischen Präsenzunterricht beinhaltet die Weiterbildung in einigen Fällen ein Praktikum im stationären oder ambulanten Versorgungssektor bzw. eine eigene Projektarbeit wie es die Weiterbildung zur Gerontopsychiatrischen Pflegefachkraft am Institut für Sozialforschung und berufliche Weiterbildung gGmbH in Neustrelitz, Mecklenburg-Vorpommern vorsieht (Institut für Sozialforschung und berufliche Weiterbildung gGmbH 2010). Zugangsvoraussetzung für die Teilnahme an der Weiterbildung zur Fachkraft Gerontopsychiatrie ist bei allen Bildungseinrichtungen zumindest eine abgeschlossene Berufsausbildung als Pflegefachkraft. In einigen Fällen wird darüber hinaus eine mehrjährige Berufserfahrung im Pflegebereich erwartet.

Die Weiterbildung zum Pflegeexperten für Menschen mit Demenz bietet der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordwest mit dem Ziel an, professionell Pflegenden so zu qualifizieren, dass sie Demenzpatienten entsprechend ihren Bedürfnissen versorgen können. In diesem Zusammenhang kommt es nicht nur darauf an, fachliche Standards nach einem vorgegebenen Schema anzuwenden, sondern anhand von analytischen Assessmentverfahren die Situation und die aktuellen Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen einschätzen zu lernen (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK 2009). Dazu ist es erforderlich die Pflegefachkräfte für eine ganzheitliche Sichtweise auf den Demenzpatienten und seiner Angehörigen zu sensibilisieren, um im individuellen Patientenfall auch im Interesse des zu Pflegenden neue, innovative Versorgungsansätze umsetzen zu können.

Inhaltlich gliedert sich die Weiterbildung in vier Bausteine, wobei das berufliche Selbstverständnis den Beginn darstellt. Im weiteren Verlauf werden Inhalte zur Demenzerkrankung, spezifische Pflegekonzepte, wie die Validation, Ethik, rechtliche Aspekte und die Beratung und Betreuung von Angehörigen vermittelt. Lehrgangszugangsvoraussetzung ist auch hier eine abgeschlossene Berufsausbildung als Pflegefachkraft (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK 2009).

Neben diesen beiden beschriebenen Weiterbildungsoptionen existieren für Pflegefachkräfte vielfache Qualifizierungsmöglichkeiten zu spezifischen Themen

der Demenzerkrankung im Kontext einer Fortbildung. Zu nennen wären unter anderem folgende Themen:

- Einführung in das Krankheitsbild Demenz (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK 2009)
- Kommunikation bei Demenz (Akademie für Fort- und Weiterbildung in Gesundheitsberufen 2010, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordost 2010)
- Haftungsrechtliche Fragen im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordost 2010, Klinikum am Weissenhof 2010)
- Arbeit mit Angehörigen (Bildungswerk ver.di in Niedersachsen e.V. 2010, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordost 2010)
- Die 10 Minuten-Aktivierung nach Ute Schmidt-Hackenberg (Akademie für Fort- und Weiterbildung in Gesundheitsberufen 2010, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordost 2010, Heimerer Akademie GmbH 2010)
- Milieuthérapie (Bildungswerk ver.di in Niedersachsen e.V. 2010, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordost 2010)
- Einführung in die Validation nach Naomi Feil (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordost 2010, Fortbildungsvorort Bildungsinstitut und Inhouseschulungen 2010, Klinikum am Weissenhof 2010)
- Ernährung bei Demenz (Akademie für Fort- und Weiterbildung in Gesundheitsberufen 2010, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordost 2010, Fortbildungsvorort Bildungsinstitut und Inhouseschulungen 2010)

Der beschriebene, beispielhafte Überblick zu Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zeigt, dass die Qualifizierungsoptionen in den jeweiligen Bundesländern umfangreich sind und den professionell Pflegenden ermöglichen auf Basis der Erweiterung ihrer Fachkenntnisse die pflegerische Versorgung des Demenzpatienten stärker an deren individuellen Erfordernissen zu orientieren. Zudem können durch die bestehenden Fort- und Weiterbildungsangebote Teilaspekte der Unterstützung pflegender Angehöriger abgedeckt werden. Jedoch fehlt es bislang an einer Qualifizierung, die auf das spezifische Aufgabenfeld der ambulanten, netzwerkbezogenen Demenzversorgung fokussiert und damit einerseits auf die Erweiterung der fachlichen Fähigkeiten von Pflegefachkräften im Hinblick auf die ambulante Demenzversorgung und Angehörigenentlastung abzielt und andererseits die transparente und abgestimmte Zusammenarbeit von allen am Netzwerk beteiligten Akteuren berücksichtigt. Daher entwickelt das Center for Integrated Dementia Care Research (CIDC) am Standort Greifswald eine neue, innovative Qualifizierung für Pflegefachkräfte in eben diesem Aufgabenfeld.

4. Das Center for Dementia Care Research Rostock/Greifswald

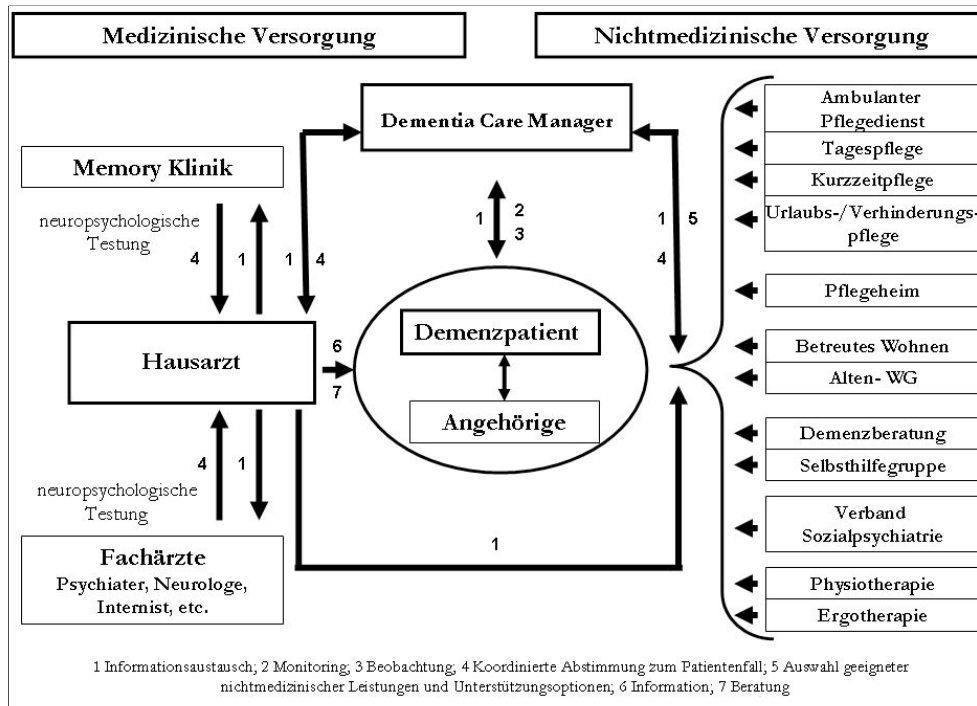
Das bevölkerungsbezogene CIDC in Rostock/Greifswald ist eines von sieben Partnerzentren des in 2009 gegründeten Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE). Schwerpunkt des Partnerzentrums Rostock/Greifswald ist die klinische und bevölkerungsbezogene Versorgungsforschung im Bereich dementieller Erkrankungen. Das Forschungsprogramm des CIDC-Partnerzentrums Rostock/Greifswald besteht aus insgesamt zehn ineinander greifenden Abteilungen, davon vier am Standort Greifswald: 1. Analytische Epidemiologie und Versorgungsepidemiologie, 2. Bevölkerungsbezogene psychiatrische Versorgungsforschung, 3. Neuroepidemiologie und 4. Gesundheitsökonomie. Mit seiner demographischen und sozioökonomischen Situation ist Mecklenburg-Vorpommern eine Modellregion für die Entwicklung und Erprobung von innovativen Versorgungskonzepten. Im CIDC wird untersucht, wie unter den Bedingungen der sich verschärfenden epidemiologischen Situation eine frühzeitig einsetzende und qualitativ hochwertige Versorgung Demenzerkrankter sichergestellt werden kann. Dazu soll der Versorgungsbedarf von demenziell Erkrankten in Mecklenburg-Vorpommern detailliert erhoben und darauf fußend regional vernetzte, multiprofessionelle Versorgungsstrukturen konzipiert, implementiert und evaluiert werden. Ziel ist zunächst alle vorhandenen Ressourcen bestmöglich zu nutzen.

Im Rahmen einer Bedarfstrukturanalyse soll sowohl der tatsächlich bestehende Bedarf als auch die tatsächlich vorhandene medizinische, soziale und familiäre Unterstützung bei kognitiven Störungen und den damit assoziierten Beeinträchtigungen bevölkerungsbezogen erfasst werden. In einem randomisierten, prospektiven und kontrollierten methodischen Ansatz wird ein subsidiäres Versorgungskonzept versorgungsepidemiologisch evaluiert, um die Wirkung des Versorgungsmodells hinsichtlich der Kosteneffizienz und Lebensqualität, Entwicklung der kognitiven Störung und Begleitmorbidität, Unterstützung und Entlastung der Angehörigen sowie ihrer Praktikabilität gegenüber dem Usual Care Ansatz in der Kontrollgruppe zu überprüfen (Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung 2009). Hierzu wird ein aufwendiges, quasi experimentelles Design in einer demographischen Problemregion implementiert. Ziel ist es, ein Versorgungsmodell zu entwickeln, das später in andere Problemregionen in Deutschland transferiert werden kann. Mit Blick auf die medikamentösen, psychologischen und sozialen Therapiemöglichkeiten demenzieller Erkrankungen und dem Wissen, dass es bislang nicht möglich ist, den progredienten Verlauf der Erkrankung aufzuhalten, nimmt die koordinierte Zusammenarbeit aller am Behandlungsprozess beteiligten Akteure eine elementare Rolle ein. Das Versorgungskonzept berücksichtigt gleichberechtigt die Belastung pflegender Angehöriger im Kontext der häuslichen Betreuung von Demenzerkrankten, um in der Folge Entlastung und Unterstützung zu schaffen. Ziel ist es, die pflegenden Angehörigen als wichtigste laientätige Unterstützungsressource im Versorgungsprozess zu stabilisieren.

5. Der Dementia Care Managers im CIDC

Speziell weitergebildete Pflegefachkräfte sollen als Dementia Care Manager im subsidiären Versorgungsmodell Schlüsselfunktionen übernehmen und sowohl die Demenzpatienten in der Häuslichkeit bedarfsgerecht versorgen als auch die pflegenden Angehörigen individuell beraten, schulen und unterstützen. Dies erfolgt in einem Netzwerk aus Akteuren, die sowohl über medizinische, pflegerische und soziale Kompetenzen verfügen (s. Abbildung 1: Funktionen des Dementia Care Managers in der ambulanten, netzwerkbezogenen Demenzversorgung). Die Dementia Care Manager analysieren die medizinische, pflegerische und soziale Behandlung und Betreuung des Patienten und identifizieren ggf. bestehende Versorgungsdefizite. Zu den primären Aufgaben der Dementia Care Manager zählen unter anderem die Einschätzung der häuslichen Pflegesituation, die Beurteilung des Pflegebedarfes auf Seiten des Demenzpatienten sowie die Durchführung eines entsprechenden Monitorings des Erkrankten. Darüber hinaus sind Aufgaben im Bereich der primären und sekundären Prävention mit dem Ziel der Verlangsamung des Fortschreitens der Erkrankung als weiteres wichtiges Aufgabenfeld anzusehen. Gleichzeitig erheben die Dementia Care Manager Risiken für das betreuende Umfeld des Erkrankten in seiner Häuslichkeit. Basierend auf ihrer spezifischen Fachkompetenz und der genauen Kenntnis über regional verfügbare Unterstützungsoptionen koordinieren die Dementia Care Manager ein individuell zugeschnittenes Betreuungsumfeld für den Patienten und seine Betreuungspersonen. Dazu gehören unter anderem der Hausarzt, beteiligte Fachärzte, die Pflege, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter und Angehörigen- bzw. Selbsthilfegruppen. Im Versorgungsmodell übernimmt die Pflegefachkraft als Dementia Care Manager damit unter anderem eine Koordinierungsfunktion und arbeitet eng mit dem Hausarzt zusammen, der bislang auf Grund der bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen die Hauptverantwortung über den gesamten Behandlungsprozess trägt. Dies bedeutet konsequent, dass der Hausarzt die Auswahl der Initialdiagnostik zur Demenzerkrankung einschließlich der Empfehlung zur Differentialdiagnostik in der Memory Klinik veranlasst. In Kooperation mit dem Dementia Care Manager und auf Basis der Besuchsergebnisse in der Häuslichkeit des Demenzpatienten und seinem pflegenden Umfeld erfolgt darüber hinaus die Wahl der Behandlungsmethoden und die Entscheidung über die Notwendigkeit weiterer pflegerischer Leistungen und Unterstützungen im sozialen Bereich. Demnach resultiert aus der Komplexität der Behandlung und Therapie der Demenzerkrankung die Erfordernis der Entwicklung eines multiprofessionellen Versorgungskonzeptes, welches mit Blick auf die Erfahrungen im praktischen Arbeitsfeld der ambulanten, netzwerkbezogenen Demenzversorgung weiterentwickelt wird, um die regionalen Versorgungsnetze in das subsidiäre Versorgungsmodell zur Sicherstellung und Verbesserung der Versorgungssituation Demenzkranker in der Zielregion zu überführen.

Abb. 1: Funktionen des Dementia Care Managers in der ambulanten, netzwerkbezogenen Demenzversorgung



6. Entwicklung der innovativen Qualifizierung zum Dementia Care Manager

Im Versorgungskonzept des CIDC ist die Profession der Pflege damit ein zentraler Akteur in der netzwerkbezogenen Demenzversorgung. Für die optimale Integration in ein regionales Versorgungsnetzwerk fehlen jedoch häufig spezifische Qualifikationen.

Das CIDC untersucht daher das Aufgaben- und Tätigkeitsfeld von Pflegefachkräften als Dementia Care Manager innerhalb des Netzwerkes sowie in der Häuslichkeit und identifiziert den Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungsinhalte für eben diese Berufsgruppe zur Versorgung des Demenzpatienten und der Unterstützung der Angehörigen. Hierauf aufbauend erfolgt die Entwicklung einer lernenden Qualifizierung, in die bereits bestehende Inhalte von zwei Fort- und Weiterbildungsangeboten einbezogen werden. Konsekutiv besteht das zu entwickelnde Curriculum aus drei Kernelementen. Es werden einerseits Elemente der Fachweiterbildung Gerontopsychiatrie und andererseits des Basiscurriculums Palliative Care im Rahmen der Qualifizierungsentwicklung einfließen. Das dritte Element stellt den spezifischen Weiterbildungsinhalt für das Aufgabenfeld der ambulanten, netzwerkbezogenen Demenzversorgung dar. Folglich finden zwei fest etablierte Fort- bzw. Weiterbildungsoptionen Berücksichtigung im Curriculum zum Dementia Care Management, deren Stellenwert als eine wichtige Ressource betrachtet werden kann.

Die systematische Erhebung der Aufgaben- und Tätigkeitsfelder sowie des Qualifizierungsbedarfs und der Qualifizierungsinhalte der Dementia Care Manager erfolgt im Vorfeld der bevölkerungsbezogenen Interventionsstudie des CIDC. Zur Konzeption wird eine Triangulation in Form eines Mixed Methodology Designs aus quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden angewendet (Flick 2004). Die Untersuchung wird dabei in drei Schritte unterteilt, wobei halbstrukturierte, narrative Interviews mit Hausärzten, Pflegefachkräften und pflegenden Angehörigen den Beginn darstellen. Die audiotekhnisch erfassten Gespräche werden transkribiert und nach der qualitativen Inhaltsanalyse von Philipp Mayring analysiert. Die daraus resultierenden Kategorien werden anschließend im zweiten Schritt der Erhebung als Items in ein Erhebungsinstrument überführt. Im dritten Schritt erfolgt mit dem Erhebungsinstrument die quantitative Datenerhebung durch die Befragung von Hausärzten, Pflegefachkräften und pflegenden Angehörigen zum Aufgabenfeld und zum Qualifizierungsbedarf, der Qualifizierungsinhalte und zum Versorgungs- und Unterstützungsbedarf von Demenzkranken und ihren pflegenden Angehörigen in der Modellregion Mecklenburg-Vorpommerns. Auf Basis der Datenauswertung erfolgt die Entwicklung eines Prototyps der Qualifizierung, welche nach einer ersten theoretischen und praktischen Erprobung und Evaluation im Dialog mit den beteiligten Akteuren auf Basis der praktischen Erfahrungen im Feld der netzwerkbezogenen, ambulanten Demenzversorgung im Sinne eines lernenden Curriculum weiterentwickelt wird. Die Qualifizierung konzipiert sich modular, um den TeilnehmerInnen der Qualifizierung bei entsprechender Vorbildung die Zeiten auf das Dementia Care Management Curriculum anrechnen zu können. Die Lehrinhalte werden zudem in ein abgestuftes Schema nach Kenntnissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten eingepflegt, um einerseits den Umfang der Lehartiefe zu verdeutlichen und andererseits die mögliche Anerkennung einzelner Fort- und Weiterbildungen auf die Dementia Care Management Qualifizierung zu erleichtern. Mit diesem Vorgehen wird der Erfordernis Rechnung getragen, die Vergleichbarkeit von Qualifizierung innerhalb Deutschlands zu vereinfachen. Die Effektivität und Effizienz der speziell qualifizierten Pflegefachkräfte als Dementia Care Manager wird anschließend in der prospektiven, randomisierten populationsbezogenen Interventionsstudie im Vergleich zum Usual Care Ansatz ermittelt.

7. Zusammenfassung

Aus der systematischen Erhebung des Aufgaben- und Tätigkeitsfeldes von Pflegefachkräften in der ambulanten, netzwerkbezogenen Demenzversorgung und der Identifikation der daraus resultierenden Weiterbildungsbedarfe und -inhalte wird in einem lernenden Prozess ein Curriculum für die Qualifikation zum Dementia Care Manager entwickelt. Im Rahmen des CIDC werden diese in der praktischen Versorgungssituation implementiert. In der prospektiven, versorgungsepidemiologischen Interventionsstudie wird die Effektivität und Effizienz des Modells in der Praxis evaluiert und gleichzeitig ein Beitrag zur netzwerkbezogenen, ambulanten Versorgung von Demenzpatienten im Sinne einer kontinuierlichen Betreuung der betroffenen Erkrankten und

einer adäquaten Beratung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen geleistet. Auf Basis der praktischen Erfahrungen im Feld der vernetzten, ambulanten Versorgung von Demenzpatienten und deren pflegendem Umfeld können individualisierte Behandlungspfade entwickelt und in regionalisierten Ansätzen qualitätsgesichert und leitliniengerecht umgesetzt werden. Ziel ist die Sicherstellung einer gemeindenahen, ambulanten Demenzversorgung unter Beteiligung strukturierter, transparenter Abstimmung aller am Behandlungsprozess beteiligten Akteure und Berufsgruppen.

Literatur

- Akademie für Fort- und Weiterbildung in Gesundheitsberufen (2010): Menschen mit Demenz-Fortbildungen 2010/Kommunikation ohne Worte mit Menschen mit Demenz, Wannsee
 <http://www.wannseeschule.de/download/jahresprogramm_2010.pdf> [Stand: 2010-05-10]
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2009): Weiterbildung Teil I und II Gerontopsychiatrische Pflege. München: 1-25
 <<http://www.sozialministerium.bayern.de/pflege/konzept/konzgero.pdf>> [2010-05-10]
- Bickel, H. (2000): Demenzsyndrom und Alzheimer Krankheit: Eine Schätzung des Krankenbestandes und der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland. In: Das Gesundheitswesen 2009, 211-218
- Bildungswerk ver.di in Niedersachsen e.V. (2010): Begegnen, verstehen, handeln- Fortbildung Fachkompetenz Demenz, Region Osnabrück-Emsland: 1-2. <<http://www.bw-verdi.de/bildungswerk/osnabrueck/angebote/weiterbildung/1247055043.php>> [2010-05-10]
- Brandt, A. (2009): Neuer Studiengang soll Demenz-Spezialisten ausbilden. Spiegel Online: 1
 <<http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/0,1518,631733,00.html>> [2010-05-10]
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Vierter Altenbericht-Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin
- Darmann-Finck, I.; Friesacher, H. (2007): Professionalisierung muss am Kern des Pflegerischen ansetzen. In: ipp Info, Bremen: 1-2
- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung; Koller, M.; Neugebauer, E. A. M.; Augustin, M.; Büssing, A.; Farin, E.; Klinkhammer-Schalke, M.; Lorenz, W.; Münch, K.; Petersen-Ewert, C.; von Steinbüchel, N.; Wieseler, B. (2009): Die Erfassung von Lebensqualität in der Versorgungsforschung – konzeptuelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen. In: Das Gesundheitswesen: 864-872
- Deutsche Akademie für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (2010): Gerontopsychiatrische Grundversorgung Fort- und Weiterbildungskurs. Münster: 1-2
 <http://www.dagpp.de/docs/Flyer_Muenster.pdf> [2010-05-10]
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2002): Das Wichtigste – Die Epidemiologie der Demenz. Berlin: 1-5.
 <<http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01.pdf>> [2010-05-10]
- Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordost (2010): Weiterbildungsreihe Demenz. Potsdam: 1-11. <<http://www.dbfk.de/regionalverbaende/no/bildung/fortbildung.php?curPage=1>> [2010-05-10]
- Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordwest (2009): Pflegeexperten/in für Menschen mit Demenz. Bad Schwartau: 1-27
 <<http://www.dbfk.de/regionalverbaende/nw/bildung/weiterbildung.php?curPage=1&curPage=2>> [2010-05-10]
- Fendrich, K.; Hoffmann, W. (2007): More than just aging societies: the demographic change has an impact on actual numbers of patients. In: Journal of Public Health: 345-351
- Flick, U. (2004): Triangulation – Eine Einführung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: 13-87
- Fortbildung vorort Bildungsinstitut und Inhouseschulungen (2010): Ausbildung zur Fachbegleiterin/Fachbegleiter für Menschen mit Demenz, Schwerte: 1-2

- <<http://www.fortbildungvorort.de/ausundweiterbildungen/fachbegleitungfuermenschenmitdemenz/demenz.html> pdf> [2010-05-10]
- Heimerer Akademie GmbH (2010): 10-Minuten-Aktivierung, Torgau: 1. <<http://www.heimerer-akademie.de/index.php?id=pflege&sid=9>> [2010-05-10]
- Institut für Sozialforschung und berufliche Weiterbildung gGmbH (2010): Fachkräfte in der Gerontopsychiatrie. Neustrelitz: 1.
<http://www.isbw.de/index.php?option=com_content&view=article&id=114&Itemid=251> [2010-05-10]
- Klinikum am Weissenhof (2010): Fortbildungsprogramm 2010, Weinsberg:2-24.
<http://www.klinikum-weissenhof.de/do/data/pdfs/flyer_107.pdf> [2010-05-10]
- Rogalski, H.; Dreier, A.; Hoffmann, W.; Oppermann, R.-F. (2008): Community Medicine Nurse- Die Tele-Gesundheitsschwester. In: Die Schwester Der Pfleger: 70-73
- Statistisches Amt Mecklenburg- Vorpommern (2005): Statistische Berichte. Bevölkerungstand, Teil Bevölkerung und Haushalte. Schwerin: 1-45
- Stock, G.; Scholle, K.; Zöllner, J.; Wanka, J. (2007): Studium Gesundheit in Berlin und Brandenburg. Berlin: 3-142.
<http://www.healthcapital.de/fileadmin/DokumentePDF/Studienfuehrer_Gesundheit.pdf> [2010-05-10]
- Vosseler, B.; Kern, A. O.; Zang, Y.-L. (2008): 15 Jahre Pflegestudiengänge – eine Bilanz. In: Public Health Forum: 12-14
- Weyerer, S. (2005): Altersdemenz. Robert-Koch-Institut (Hrsg.) Reihe „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“. Heft 28 Berlin: 1-36
- Ziegler, U.; Doblhammer, G. (2009): Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland – Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002. In: Das Gesundheitswesen: 281-290

Adina Dreier, M.Sc., Dipl. Pflegewirtin (FH)

Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Ellernholzstr. 1-2, 17487 Greifswald
adina.dreier@uni-greifswald.de
c/o Center for Integrated Dementia Care Research (CIDC), Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE), Teilstandort Greifswald des Standortes Rostock/
Greifswald (Korrespondenzadresse)

Dr. Jochen René Thyrian, Dipl.-Psych.

Center for Integrated Dementia Care Research (CIDC), Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE), Teilstandort Greifswald des Standortes Rostock/ Greifswald, c/o Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health, Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald, Ellernholzstr. 1-2, 17487 Greifswald
thyrian@uni.greifswald.de; rene.thyrian@dzne.de

Prof. Dr.med. Wolfgang Hoffmann, MPH

Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Ellernholzstr. 1-2, 17487 Greifswald
wolfgang.hoffmann@uni-greifswald.de
c/o Center for Integrated Dementia Care Research (CIDC), Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE), Teilstandort Greifswald des Standortes Rostock/
Greifswald