



Ergebnisprotokoll der Abschlussveranstaltung

„Einrichtungsbefragung zur Situation in ausgewählten
Gesundheitsfachberufen in Berlin-Brandenburg“
am 29. Juni 2015 im Potsdamer Inselhotel Hermannswerder

1 Rahmen der Veranstaltung

Hintergrund für die Beauftragung der Einrichtungsbefragung ist, dass sowohl in dem Masterplan „Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg“, der 2007 von beiden Ländern gemeinsam verabschiedet wurde, als auch in dem neuen Masterplan, der 2014 bestätigt wurde, dem Thema Fachkräftesicherung eine wichtige Bedeutung zugesprochen worden ist. Für Berlin-Brandenburg gilt mehr als für andere Bundesländer, dass die demografische Entwicklung breit angelegte Maßnahmen zur Fachkräftesicherung erfordern, wenn man die Gesundheitsversorgung in der Stadt als auch auf dem Lande, speziell für die älter werdende Bevölkerung, gewährleisten will. Dies ist auch eine öffentliche Aufgabe. Deshalb wurde bereits 2010 von der LASA Brandenburg (heute ZAB Arbeit) und der IHK Berlin, unter Federführung des Netzwerkes HealthCapital (heute Cluster Gesundheitswirtschaft), eine Analyse der Fachkräftesituation in Berlin-Brandenburg erarbeitet. Auf Basis einer detaillierten Datenanalyse und Interviews wurden Akteure und Handlungsbereiche identifiziert sowie Handlungsempfehlungen ausgesprochen.

Seitdem ist einiges seitens der Verwaltungen beider Länder auf den Weg gebracht worden. Und auch HealthCapital hat als ein Beispiel die „Messe Gesundheit als Beruf“ etabliert und durch die Ausbildungs- und Studienatlanten viel zur Transparenz der Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten beigetragen. Das Fachkräfteproblem hat sich seitdem aber erwartungsgemäß weiter verschärft und deshalb haben sich die Wirtschaftsförderorganisationen der Länder Berlin und Brandenburg dazu entschlossen, eine stärker an den zentralen Gesundheitsberufen orientierte Einrichtungsbefragung durchzuführen. Hintergrund ist, dass es keine Erkenntnisse darüber gibt, welche Einrichtungstypen der Gesundheitsversorgung in welcher Weise von Fachkräftemangel und dessen Überwindung in Berlin und Brandenburg betroffen sind. Neu ist auch, dass durch die Einbeziehung aller Akteure (Kassen, Verbände, Einrichtungen und Verwaltungen) in die Befragung und den Fachbeirat, die für die kooperativen Lösungsprozesse notwendige Zusammensetzung hergestellt wurde, um die komplexen Probleme in Angriff zu nehmen.

Dies entspricht in hohem Maße der Vorgehensweise, die der Masterplan für die Arbeit in seinen Handlungsfeldern vorsieht. Mit den ausgewählten Gesundheitsfachberufen adressiert die Einrichtungsbefragung besonders das Handlungsfeld 3 „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“, da es hier um die Sicherung und Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität in Berlin und Brandenburg geht. Die Handlungsempfehlungen der Einrichtungsbefragung und die Ergebnisse der heutigen Diskussion stellen daher die Anknüpfungspunkte dar, an denen sich die zukünftige Arbeit im Handlungsfeld 3 für den Themenschwerpunkt Fachkräfte ausrichten wird.

2 Ergebnispräsentation der SÖSTRA

Herr Kampe leitet die Ergebnispräsentation der Kollegen der SÖSTRA ein: Die Einrichtungsbefragung wurde vom Institut für sozialökonomische Strukturanalysen und vom Institut für Medienforschung und Urbanistik aus Berlin erarbeitet. Ohne die hohe Kompetenz und Flexibilität unserer wissenschaftlichen Partner wäre es sicherlich nicht möglich gewesen, das Projekt in der kurzen Zeit und in der erreichten Qualität durchzuführen. Auch hierfür nochmals herzlichen Dank.

Auf der einen Seite findet die Fachkräftesicherung in der Gesundheitsversorgung und Pflege unter sehr spezifischen Rahmenbedingungen statt (unterschiedliche Regelungen auf Ebene der Länder, SGB V und SGB XI). Auf der anderen Seite legen die engen Wechselbezüge zwischen den Versorgungsbereichen und den Ländern Berlin und Brandenburg es nahe, von einem gemeinsamen Arbeitsmarkt zu sprechen. Spezifische Ansätze der Fachkräftesicherung in Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft müssen daher immer die Bedingungen im Gesamtsystem im Blick behalten. Um der Diskussion in den Foren eine Basis zu geben, werden Herr Carsten Welker und Herr Dr. Frank Schiemann vom Institut für sozialökonomische Strukturanalysen im Folgenden zentrale Ergebnisse der Studie in der Gesamtschau präsentieren.



SÖSTRA

Inhalt der Präsentation

- Ausgangslage
- Herangehensweise an die Studie
- Wesentliche Ergebnisse
 - Entwicklungstendenzen
 - Deckung des Bedarfs
- Unterstützungsbedarf

Institut für Sozialökonomische Strukturanalysen 3 / 20

SÖSTRA

Die Gesundheitsfachberufe befinden sich in einer Umbruchsituation.

- Einerseits wird von den Einrichtungen eine starke Orientierung auf das Gemeinwesen im Sinne der Daseinsvorsorge auf hohem qualitativem Niveau gefordert. Dieser Anforderung stehen andererseits erhobene Ansprüche einer vorrangig betriebswirtschaftlichen Logik entgegen. Die Fachkräftesicherung wird ganz entscheidend davon abhängen, wie es gelingt, diese beiden Tendenzen miteinander zu harmonisieren.
- Die gegenwärtigen Gesetzesänderungen (z.B. Pflegeausrichtungsgesetz, Krankenhausstrukturgesetz) und Gesetzesvorhaben (Präventionsgesetz) werden das Ausmaß des entstehenden Fachkräftebedarfs beeinflussen.

→ Im Kern geht es um die Frage, wohin die Reise gehen würde, wenn alles bliebe, wie es aktuell ist, welche Entwicklungen darüber hinaus vorstellbar sind und welche Handlungsoptionen zu wählen sind, um den Fachkräftebedarf quantitativ und qualitativ möglichst umfassend zu decken.

Institut für Sozialökonomische Strukturanalysen 3 / 20

SÖSTRA

Mit der Studie liegen detaillierte berufskonkrete Einschätzungen zur gegenwärtigen und voraussichtl. Entwicklung des Fachkräftebedarfs und seiner Deckung in folgenden berufl. Tätigkeiten in Berlin-Brandenburg vor:

1. Pflegeberufe	Stand: 30.09.2014
1. Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	(52.491 sv-Beschäftigte)
2. Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/-in	(13.372 sv-Beschäftigte)
3. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	(5.192 sv-Beschäftigte)
4. Hebamme / Entbindungspfleger	(795 sv-Beschäftigte)
5. Altenpfleger/-in	(16.217 sv-Beschäftigte)
6. Altenpflegehelfer/-in / Pflegehelfer/-in mit Basisqualif. / Sozialassistent/-in mit Schwerpunkt Pflege	(21.047 sv-Beschäftigte)
2. Medizinisch-technische Assistenzberufe	
1. Medizinisch-techn. Laboratoriumsassistent/-in	(6.064 sv-Beschäftigte)
2. Medizinisch-techn. Assistent/-in Funktionsdiagnostik	(285 sv-Beschäftigte)
3. Medizinisch-techn. Radiologieassistent/-in	(2.228 sv-Beschäftigte)
3. Therapieberufe	
1. Podologe / Podologin	(311 sv-Beschäftigte)
2. Physiotherapeut/-in	(11.086 sv-Beschäftigte)
3. Ergotherapeut/-in	(3.715 sv-Beschäftigte)
4. Logopädin / Logopäde	(1.143 sv-Beschäftigte)

Institut für Sozialökonomische Strukturanalysen 4 / 20

Die Untersuchung stützt sich auf eine breite methodische Basis.

1. Durchführung einer Einrichtungsbefragung
2. Auswertung von Daten / Berichten / Literatur
3. Unterstützung eines Fachdiskurses
 - Begleitung durch Fachbeirat (4 Sitzungen)
 - Workshops (9)
 - Vertiefende Interviews (ca. 20)

Umfangreicher schriftl. Bericht mit übergreifenden Ergebnissen und Erarbeitung von detaillierten Berufsprofilen (je 15-25 Seiten)

Institut für Sozialökonomische Strukturanalysen SÖSTRA

5 / 20

Der Rücklauf ist zufriedenstellend.

- Angesprochen wurden alle Einrichtungen, in denen mindestens eine Person in einem der genannten Berufe beschäftigt war.
- Im Ergebnis der Online-Befragung liegen Antworten von knapp 1.300 Einrichtungen vor.
- Die Rücklaufquote liegt differenziert nach Einrichtungstyp zwischen 14 und 43 Prozent.
- Damit liegt eine solide empirische Basis vor, um die Perspektive der Einrichtungen auf die aktuelle und zukünftige Fachkräftesituation zu beschreiben.

Institut für Sozialökonomische Strukturanalysen SÖSTRA

6 / 20

**Wesentliche Ergebnisse:
Entwicklungstendenzen**

Institut für Sozialökonomische Strukturanalysen SÖSTRA

7 / 20

SÖSTRA

Die Beschäftigungsentwicklung in den Gesundheitsfachberufen ist seit Jahren durch Wachstum geprägt.

2003-2011 betrug die durchschnittliche Wachstumsrate zwischen 1 und 5 Prozent

Gruppe	31.12.2012	31.12.2013	30.09.2014	Wachstumsrate 12-14
Pflege	104.555	108.535	109.078	4,3 %
Krkrpflge	70.085	71.658	71.814	2,5 %
Altenpflege	34.470	36.877	37.264	8,1 %
Assistenz	8.482	8.540	8.577	1,1 %
Therapie	15.231	15.879	16.255	6,7 %
Gesamt	128.268	132.954	133.910	4,4 %

Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Das Beschäftigungswachstum war mit Zunahme atypischer Beschäftigungsverhältnisse verbunden.

Institut für Sozialökonomische Strukturanalysen 8 / 20

SÖSTRA

Starke Fachkräftenachfrage auch in Zukunft zu erwarten

Tätigkeit / Gruppe	Beschäftigtenbestand (Status-Quo-Annahme)			Arbeitskräfteeubedarf 2013-2030			
	2013	2020	2030	Erweiterungsbed.	Ersatzbedarf		Gesamt
					Altersbedingt	Fluktuationsbedingt	
Pflege	105.424	121.500	150.500	45.000	31.500	43.500	120.000
Krkrpfl.	70.396	75.500	82.500	12.000	20.000	9.500	41.500
Altpfl.	35.028	46.000	68.000	33.000	11.500	34.000	78.500
Assistenz	8.452	8.500	8.550	100	3.500	950	4.550
Therapie	19.980	23.200	36.500	16.500	5.100	4.800	26.400
Gesamt (gerundet)	133.856	153.000	195.500	61.500	40.000	49.000	151.000

Quelle: Eigene Berechnungen

Der Neubedarf ist größer als der aktuelle Beschäftigungsumfang.

Institut für Sozialökonomische Strukturanalysen 9 / 20

SÖSTRA

Das Wachstumspotenzial in den Gesundheitsfachberufen kann nur unter veränderten Bedingungen seine volle Wirkung entfalten.

- Bisher Deckelung der Fachkräftenachfrage durch finanzielle Zwänge bei der Personalbemessung und durch bestimmte Rahmenbedingungen (z.B. Verordnungspraxis in den Therapieberufen).
- Zur Zeit ist unklar, wie weit die Reformen gehen und in der Praxis greifen. Wenn die intendierten Wirkungen eintreten, könnte sogar ein Fachkräfteeubedarf von 190.000 Beschäftigten bis 2030 entstehen.
- Andererseits könnte durch eine Verringerung der Fluktuation der Neubedarf reduziert werden. Dies ist insbesondere für Pflegehilfskräfte entscheidend.
- Die Lösung des quantitativen Problems der Fachkräftesicherung hängt auch zu erheblichen Teilen davon ab, inwieweit es gelingt, qualitative Veränderungen der Versorgungsstrukturen umzusetzen.

Institut für Sozialökonomische Strukturanalysen 10 / 20

SOSTRA

Wesentliche Ergebnisse: Aktuelle Deckung des Bedarfs

11 / 20

Institut für
Sozioökonomische
Strukturanalysen

SOSTRA

Der Bedarf an Fachkräften kann derzeit noch weitgehend gedeckt werden.

- Schwierigkeiten der Bedarfsdeckung werden jedoch vor allem in der Altenpflege und in den Therapieberufen deutlich.
- Schwierigkeiten zeigen sich z.T. bei der Besetzung der Stellen mit geeigneten Bewerber/innen oder der Besetzungsdauer.
- Auch die eingegangenen Kompromisse bei Einstellungen deuten auf Fachkräftebedarf hin. 60 Prozent der einstellenden Einrichtungen sind Kompromisse eingegangen.
- Es gibt bereits einen deutlich wahrnehmbaren Wettbewerb um Fachkräfte. Dies wird durch die Gründe des Verlassens durch Arbeitskräfte deutlich.

12 / 20

Institut für
Sozioökonomische
Strukturanalysen

SOSTRA

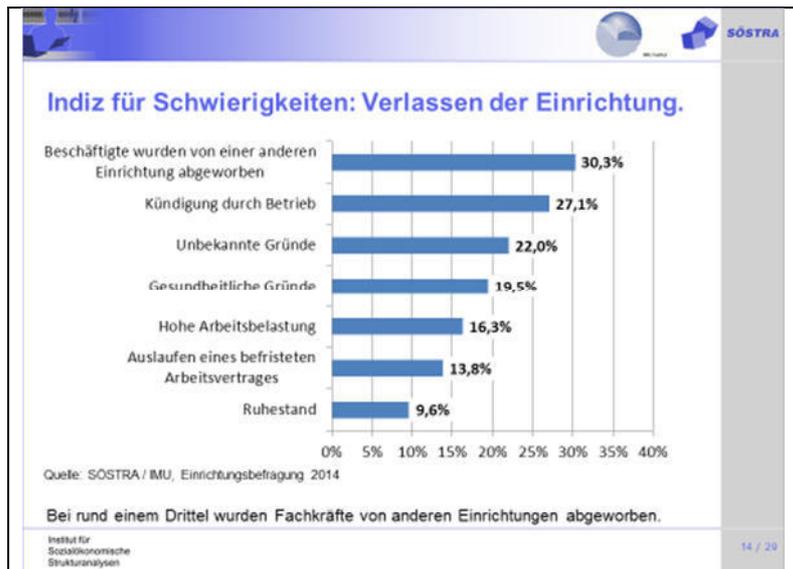
Indiz für Schwierigkeiten: Kompromisse bei Einstellungen

Gruppe	Anzahl Antw.	Red. Fachl. Ansprü.	Bessere Bezahlung	Teilzeit statt Vollzeit	Vollzeit statt Teilzeit	Anpass. zeitl. Flexibil.
	Absolut	Prozent				
Pflege-FK	362	17,4	11,0	16,3	11,9	31,8
Pflege-Helfer	296	18,6	3,7	8,1	5,1	16,2
Assistenz	24	8,3	0,0	16,7	0,0	16,7
Therapie	262	37,0	5,7	19,8	8,4	42,7

Quelle: SOSTRA / IMU, Einrichtungsbefragung 2014
Besonders bedenklich ist die Reduzierung fachlicher Ansprüche.

13 / 20

Institut für
Sozioökonomische
Strukturanalysen



**Wesentliche Ergebnisse:
Perspektivische Deckung des Bedarfs**

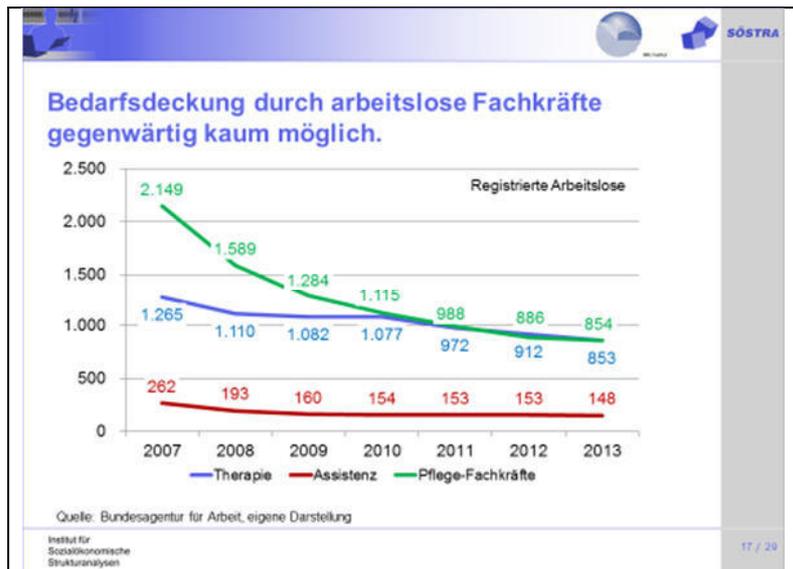
Institut für Sozialökonomische Strukturanalysen 15 / 20

Auch wenn die Einrichtungen ihren aktuellen Fachkräftebedarf überwiegend noch decken können, sind größere Anstrengungen auf der Angebotsseite notwendig, um das Wachstumspotenzial zu nutzen.

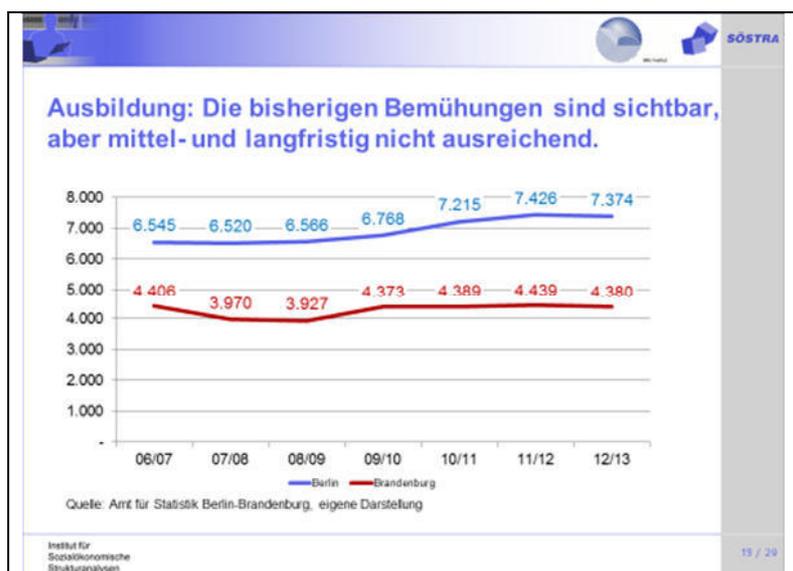
Als Wege der Fachkräftedeckung stehen grundsätzlich zur Verfügung:

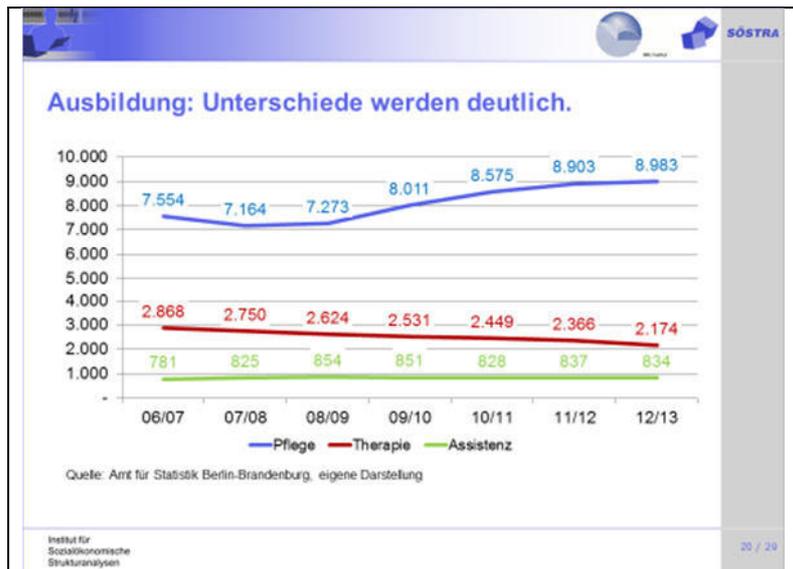
- Arbeitsmarkt
- Ausbildung
- Personalentwicklung und -bindung

Institut für Sozialökonomische Strukturanalysen 16 / 20



- ### Arbeitsmarkt: Alternative Handlungsoptionen sind denkbar.
- Auch wenn die Arbeitslosenzahlen der Personen mit entsprechendem Zielberuf zurückgehen, gibt es bei den Pflegehilfskräften einen deutlichen Anstieg der Arbeitslosenzahlen (ca. 5.000 Personen). Gleichzeitig suchen Einrichtungen solche Kräfte. Dies deutet auf Matchingprobleme hin.
 - Ggf. können arbeitslose Personen ohne bisherigen einschlägigen Zielberuf für eine Tätigkeit gewonnen werden. Voraussetzung dafür wäre jedoch eine umfassende Umsteuerung der Arbeitsmarktpolitik mit entsprechenden Qualifizierungs- und Umschulungsmaßnahmen.
 - Eine weitere Quelle könnte in der sogenannten Stillen Reserve liegen. Zu prüfen wäre, inwieweit Personen durch flexiblere Angebote der Einrichtungen für eine Beschäftigung gewonnen werden können.
- Institut für Sozialökonomische Strukturanalysen





- Eine Weiterentwicklung der Ausbildung erscheint notwendig: Handlungsoptionen I**
- Fachkräftesicherung kann nur gelingen, wenn die Ausbildungsbedingungen konkurrenzfähig zu anderen beruflichen Tätigkeiten sind (kaufmännisch-gewerblich-technisch). Die Ausbildung sollte flächendeckend kostenfrei sein. Dies könnte zur Attraktivitätssteigerung der Gesundheitsfachberufe beitragen.
 - Die Abbruchquoten liegen zwar unter dem Durchschnitt aller Berufe, sind aber nichtsdestotrotz zu hoch. Ein Teil der Abbrüche kann dadurch erklärt werden, dass die Auszubildenden eine Alternative gefunden haben. Gleichwohl scheint – auch angesichts des demografischen Wandels – für einen Teil der Jugendlichen die Ausbildung nur mit zusätzlicher Unterstützung zu bewältigen zu sein. Es sollte daher weiter darüber nachgedacht werden, wie eine solche Unterstützung ausgestaltet und bei Bedarf institutionalisiert werden könnte.
- Institut für Sozialökonomische Strukturanalysen 21 / 20

- Die Weiterentwicklung der Ausbildung erscheint notwendig: Handlungsoptionen II**
- Als Konsequenz der generalisierten Pflegeausbildung sollte geprüft werden, inwiefern eine generalisierte Pflegehilfeausbildung möglich ist. Für den Altenpflegebereich wirft dies die Frage auf, wie die Formen der Pflegehilfe – entweder staatlich anerkannt oder mit Basisqualifizierung – in ein neu geordnetes Pflegeausbildungssystem einordnen lassen. Ein denkbarer Weg wäre es, Tätigkeiten ohne direkten Pflegebezug durch andere Berufsgruppen abzudecken. In diesem Fall würde sich die bisherige Basisqualifizierung erübrigen.
 - Um eine solch langfristig orientierte Strategie vorzubereiten, sollten zeitnah die derzeit heterogenen Qualifizierungsangebote (unterhalb staatlicher Anerkennung), die auf dem Pflegebasiskurs aufsetzen und in unterschiedlichen zeitlichem Umfang angeboten werden, zumindest in einem ersten Schritt – in Abstimmung mit der Regionaldirektion der Bundesagentur für Arbeit – landeseinheitlich geregelt werden. Eine solche Standardisierung könnte helfen, das Wissen der Einrichtungen über die mitgebrachten Qualifikationen zu erhöhen.
- Institut für Sozialökonomische Strukturanalysen 22 / 20

SÖSTRA

Personalentwicklung ist eine weitere wesentliche Handlungsoption zur Deckung des Fachkräftebedarfs.

- Personalentwicklung umfasst mehrere Ansätze, die in den Einrichtungen umgesetzt werden:
 - Fort- und Weiterbildung
 - Betriebliches Gesundheitsmanagement
 - Verbesserung der Arbeitsbedingungen und -abläufe
 - Work-Life-Balance

Institut für Sozialökonomische Strukturanalysen 23 / 29

SÖSTRA

Fachkräftebindung: Es wird viel gemacht, aber es gibt nicht *die* Maßnahme

Aktivität	Anteil der Umsetzung in Prozent	Bewertung der Wirksamkeit	Aktivität	Anteil der Umsetzung in Prozent	Bewertung der Wirksamkeit
Berücks. indiv. Bedürfn. bei Dienstplangestaltung	76,6	2,5	Übernahme befr. in unbefr. Arbeitsverträge	52,8	2,5
Flexib. der Arbeitsz. entspr. Wünsche Besch.	74,0	2,5	Gezielte Gesundheitsförderung	43,6	2,7
Angebot zus. Fort- und Weiterbildungen	68,3	2,6	Erweiterung von Teilzeit- in Vollzeitbeschäftigung	51,1	2,7
Anreize durch Aufstiegs-/ Qualifizierungsförderung	56,2	2,5	Unterstützung bei der Kinderbetreuung	30,7	2,7
zusätzliche finanzielle Vergütungen	55,4	2,6	Bereitstellen von Dienstauto/Diensthandy	31,8	2,8
Reduz. von VZ auf TZ auf Wunsch der Besch.	54,5	2,4	Wechsel in andere Tätigkeitsbereiche	26,8	2,8
			andere Maßnahmen	11,5	3,1

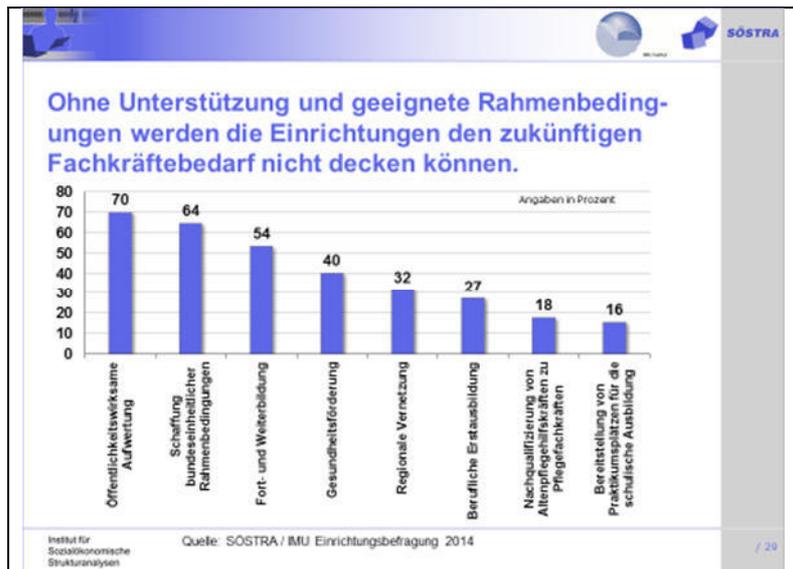
1= sehr wirksam; 6= gar nicht wirksam Quelle: SÖSTRA / IMU, Einrichtungsbefragung 2014

Institut für Sozialökonomische Strukturanalysen 24 / 29

SÖSTRA

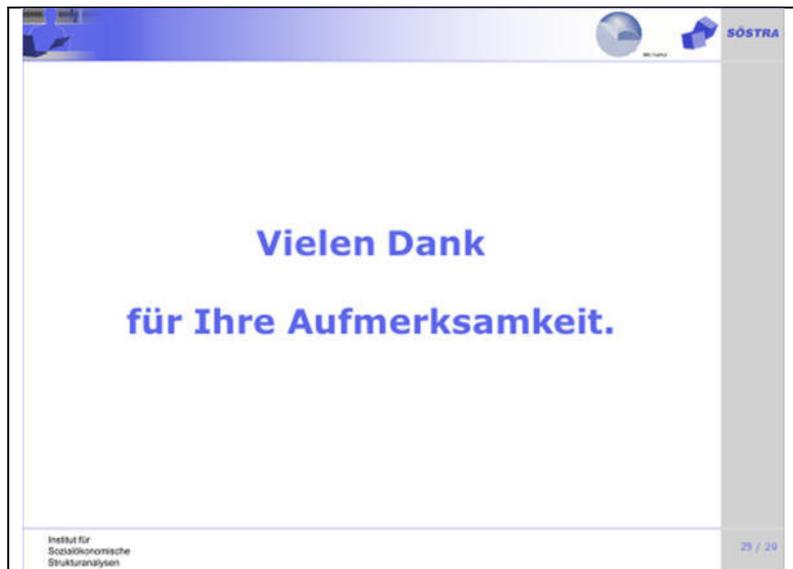
Unterstützungsbedarf

Institut für Sozialökonomische Strukturanalysen 25 / 29



- Vor allem kleinere Einrichtungen sind auf Unterstützung angewiesen.**
- Große Einrichtungen haben grundsätzlich weniger Probleme bei der Fachkräftebedarfsdeckung und bewerten die Maßnahmen zur Mitarbeiterbindung vergleichsweise positiv
 - Unabhängig von der Betriebsgröße bleibt es in der Regel bei betrieblichen Einzelmaßnahmen. Ganzheitliche wie innovative Ansätze, in denen Maßnahmen des Gesundheitsmanagements mit Weiterbildungsangeboten und bedarfsgerechten Beschäftigungsbedingungen kombiniert werden, sind die Ausnahme. Auch hier scheint der Graben zwischen Problembewusstsein und problemadäquatem Handeln schwerer zu überwinden zu sein als erwartet. Viele Einrichtungen brauchen Unterstützung bei der Entwicklung und noch mehr bei der Umsetzung zukunftsfähiger Personalkonzepte.

- Für eine gelingende Unterstützung ist eine gemeinsame Kultur der Kooperation notwendig.**
- Die an der Gestaltung des Systems beteiligten Akteure – also die Landes- und Bundespolitik als rahmensetzende Institutionen, die Gesundheits- und Krankenkassen als entscheidende Finanziere, die Verbände als Interessenvertretung sowie nicht zuletzt die Gesundheitseinrichtungen selbst – verfolgen grundsätzlich gleiche Ziele: Es geht um die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen gesundheitlich-pflegerischen Versorgung unter den Bedingungen eines sinnvollen Mitteleinsatzes und angemessener Beschäftigungsbedingungen.
 - Bei der Konkretisierung dieses Ziels und der Ableitung zentraler Handlungsmaxime gibt es jedoch erhebliche Unterschiede – vor allem hinsichtlich der Finanzierungsfragen. Eine effektivere Abstimmung der Interessen der einzelnen Institutionen unter Berücksichtigung dieses gemeinsamen Ziels verlangt nach einem in Teilen kooperativen und hinreichend transparenten Zusammenwirken.
- **Ohne eine solche Kooperationskultur ist unklar, wie sich die aktuelle Umbruchsituation bewältigen lässt.**



- In Reaktion auf die Präsentation äußert eine der Teilnehmer/innen, dass es zukünftig notwendig sein wird, verschiedene Gruppen von potenziellen Arbeitnehmer/innen in die Pflege und gesundheitliche Versorgung einzubinden. Exemplarisch sieht sie ein relevantes Potenzial in den Flüchtlingen, die aus Krisengebieten nach Deutschland kommen. Mit einem solchen Ansatz würde man den Flüchtlingen auch die Möglichkeit geben, sich finanzielle Spielräume zu schaffen sowie das Leben in Deutschland aktiv zu gestalten.
- Hierauf wirft eine weitere Teilnehmer/in ein, dass man im Umgang mit dieser Klientel sehr behutsam sein müsse, da eine Vielzahl der Flüchtlinge traumatisiert sei und man eine Überforderung dieser Menschen in jedem Fall vermeiden müsse. Insgesamt erscheinen Ansätze, die auf mehr Qualität und Kompetenz in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung setzen erfolgversprechender im Hinblick auf die Herausforderungen der Fachkräftesicherung zu sein.

3 Podiumsdiskussion zur versorgungs- und arbeitspolitischen Einschätzung der Einrichtungsbefragung durch Vertreter/innen der Berufs- und Branchenverbände.

Teilnehmer/innen:

Donald Ilte (Moderator)	Direktor der Abteilung 5 (Aufsicht, Berufe und Zuwendungen) des Landesamtes für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg
Birgit Pilz	Vorstandsmitglied des Bundesverbandes Pflegemanagement und Pflegedirektion für das Immanuel Klinikum Bernau Herzzentrum Brandenburg
Michael Martin	bpa Berlin-Brandenburg
Cornelia Albrecht	AWO Brandenburg
Christian Kienle	Berliner Krankenhausgesellschaft
Frauke Kern	Deutscher Bundesverband für Logopädie
Ralf Fox	Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) Landesverband Berlin-Brandenburg e.V.

Vorstellungsrunde:

- Gefragt nach der Berufsvielfalt in der Gesundheitspflege äußert **Frau Pilz**, dass man es als Pflegedirektorin mit vielzähligen Berufen zu tun hätte. Neben den Pflegefach- und -hilfskräften würden Servicekräfte, Fachberater (bspw. Diabetesberater/innen), Rezeptionspersonal und andere zum Team gehören. Die Anforderungen der Personalentwicklung und -führung würden im Zuge dieser Differenzierung beständig steigen.
- **Herr Fox** führt aus, warum nach seiner Einschätzung der ZVK zu den wesentlichen Berufsverbänden in der Physiotherapie zählt. Nach seiner Einschätzung zeichnet sich der Verband durch drei Alleinstellungsmerkmale aus: Vertretung von Unternehmen und Beschäftigten, föderale Organisation, die landespolitische Initiativen erleichtert bzw. überhaupt ermöglicht, Organisation im Europäischen Dachverband.
- Nach der Marktlage in der Berliner Altenpflege gefragt führt **Herr Martin** aus, dass man nach seiner Einschätzung in der Pflege mit guten Konzepten noch immer Geld verdienen könne, dass sich die Vergütungslage für die Einrichtungen aber zunehmend anspannen würde.
- **Frau Kern** führt aus, dass die logopädische Intervention bei Akutfällen (etwa Schlaganfall) so schnell wie möglich stattfinden sollte. In der Akutphase lässt sich bei solchen Patienten

noch eine Menge erreichen. Unter den aktuellen Strukturen verstreicht häufig zu viel Zeit, bevor auf logopädische Therapien zurückgegriffen wird.

- **Herr Kienle** erläutert, dass die persönlichen Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen natürlich auch bei der eigenen Verbandsarbeit berücksichtigt werden. Er habe bisher gute Erfahrungen mit der gesundheitlichen Versorgung gesammelt und sieht seine Aufgabe u. a. darin, die hohe Versorgungsqualität auch zukünftig zu ermöglichen.
- **Frau Albrecht** sieht ein wesentliches Problem darin, dass die Bedeutung der Pflege in der Öffentlichkeit nicht hinreichend wahrgenommen wird. Der Streik des Pflegepersonals der Charité wäre ein wichtiges Signal dahingehend gewesen, dass ohne Pflege in der gesundheitlichen Versorgung wenig funktioniert. Sie würde sich ein ähnliches Signal für die Brandenburger Altenpflege wünschen und schlägt vor, dass alle Pflegenden des Landes ihre Tätigkeit für einen kurzen Zeitraum einstellen sollten, um auf das Ausmaß an Pflege in Brandenburg aufmerksam zu machen.

Einschätzung der Relevanz der Studie und zentrale Ergebnisse

- **Frau Pilz** äußert, dass sie sich sehr darüber freut, dass das Thema von Seiten der Politik in den Blick genommen wurde. Auf der anderen Seite ist sie über einige Ergebnisse der Studie überrascht. Im Besonderen die Situation in den Krankenhäusern schätzt sie bereits heute als wesentlich dramatischer ein als dargestellt. Dass die Lage der Krankenhäuser aktuell noch relativ entspannt sei und erst in fünf bis sieben Jahren mit einer deutlichen Anspannung der Fachkräftesituation zu rechnen sei, sieht sie anders. Auch bei den Krankenhäusern sei die Lage in vielen Bereichen bereits heute prekär. Nicht unerheblich haben hierzu Gesetzesänderungen der letzten Jahre beigetragen. Die Stärkung der Arbeitnehmer/innen-Rechte durch Teilzeit-, Mutterschutz und Elternzeitgesetz sei zwar zu begrüßen, die Auswirkungen auf die Fachkräftesituation werden aber in keiner Weise kompensiert. Auch die Abschaffung des Zivildienstes habe die Möglichkeiten der Krankenhäuser, Nachwuchskräfte zu gewinnen, stark beeinträchtigt. Ein weiteres grundsätzliches Problem besteht darin, dass der Stellenbedarf in der Krankenpflege nicht klar beschrieben wird. Ob überhaupt eine ausreichende Zahl an Krankenpfleger/innen auf den Stationen ist, ist offen. Schließlich erschweren komplexe Vergütungs- und Abrechnungsregeln (etwa für spezifische Zusatzqualifikationen) die Personalplanung in den Krankenhäusern.

In jedem Fall müsse man zeitnah damit beginnen, die sich zuspitzende Fachkräftesituation in Angriff zu nehmen. Hierbei dürfte der Ausbildung auch weiterhin die herausragende Bedeutung zukommen. Handlungsbedarf besteht auch bei den Helfer/innen. Allein die Bezeichnung als Helfer/in schmälert die ausgeübte Tätigkeit. Der Begriff der Assistenz scheint hier deutlich besser geeignet und könnte dabei helfen, den schlechten Ruf dieser Tätigkeiten zu verbessern. In diesem Zusammenhang wäre es auch notwendig, klarer zwischen den Helfer/innen mit einjähriger Ausbildung und den Personen mit Pflegebasiskurs zu differenzieren, sowohl im Tätigkeitszuschnitt als auch in der Bezahlung.

- **Herr Martin** und die Kolleg/innen vom bpa standen der Studie zunächst skeptisch gegenüber, da man den Eindruck hatte, dass das Feld in den letzten Jahren stark beforscht wurde. Eine Stärke der Untersuchung sieht er darin, dass die Analyse den Blick über strukturelle Grenzen hinaus wirft. Die Berufsperspektive ermöglicht es, die Fachkräftesituation über die Versorgungsbereiche hinweg in den Blick zu nehmen. Darüber hinaus ist die Analyse der Berlin-Brandenburger Situation (also über Landesgrenzen) erhellend. Eine wesentliche Erkenntnis besteht für Herrn Martin darin, dass es einen hohen Klärungsbedarf in Detailfragen gibt. Warum etwa Auszubildende, deren Ausbildungsbetrieb in Brandenburg liegt nicht in Berlin zur Schule gehen dürfen, ist für Herrn Martin wenig plausibel.
- Auch **Frau Albrecht** sieht in der branchen- und länderübergreifenden Perspektive den wesentlichen Mehrwert der Studie. Eine wichtige Aufgabe sieht sie darin, dass die Landesverwaltungen und die Kassen die regionalen Unterschiede im Land Brandenburg ernst nehmen: „Dann braucht man aufgrund der besonderen Ausgangslage in der Uckermark auch besondere Regelungen der Versorgung und Vergütung.“ Darüber hinaus sieht sie einen Mehrwert der Studie darin, dass die Sogwirkung Berlins differenziert herausgearbeitet wurde. Hierin besteht für Brandenburg eine große Herausforderung. Gestaltungsspielräume sieht Frau Albrecht in den Lohnstrukturen und in den Beschäftigungsbedingungen. Wesentlich ist für sie, dass es eben nicht nur um Gehälter geht, sondern auch um die Art und Weise, wie die Arbeit organisiert ist.
- Mit Blick auf die formulierten Handlungsempfehlungen der Studie muss man nach Einschätzung von **Herrn Kienle** auch die Frage nach der Finanzierung stellen. Ob durch die Krankenhausreform in den Krankenhäusern wirklich mehr Personen für die Pflege bereitgestellt werden können, ist nach seiner Einschätzung offen. Im Hinblick auf die sich abzeichnenden Herausforderungen sieht er die Veranstaltung auch weniger als eine Abschlussveranstaltung sondern mehr als einen Auftakt für den weiteren Diskurs.
- **Frau Kern** hebt den differenzierten Blick auf die Therapieberufe als wichtigen Schritt in die richtige Richtung hervor. Sie vermisst allerdings eine systematische Darstellung des Gesundheitssystems, der man die Position und die Relevanz der einzelnen Berufe entnehmen kann. Insgesamt wird die Rolle, die die Therapieberufe in der Gesundheitswirtschaft erfüllen, nicht hinreichend deutlich herausgearbeitet. Das diesbezüglich noch Erläuterungsbedarf besteht macht sich u. a. daran fest, dass die Therapieberufe bei den aktuell diskutierten Gesetzesänderungen nicht hinreichend berücksichtigt werden. Hier wird ein wesentlicher Teil der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung weitgehend ignoriert. Die Therapieberufe haben ein großes Interesse daran, dass ihre Versorgungsfunktion bei solchen Gesetzesinitiativen angemessen berücksichtigt wird.

Die Frage nach den zu schließenden Koalitionen innerhalb der Gesundheitswirtschaft schätzt Frau Kern ebenfalls als diskussionswürdig ein. Neben den Gemeinsamkeiten zeichnen sich auch die Therapieberufe durch relevante Besonderheiten aus, die eine Zusammenarbeit in verschiedenen Bereichen eher erschwert. Bei der Forderung nach

einer engeren Zusammenarbeit in der Interessenvertretung sind die strukturellen Unterschiede zwischen den Therapieberufen in der Studie nicht hinreichend berücksichtigt worden.

- Auch **Herr Fox** hebt positiv hervor, dass sich die Einrichtungsbefragung differenziert mit der Lage der Therapieberufe befasst. Positiv sei auch, dass die Studie die Komplexität der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung erfasst. Ein wesentliches Problem für die Therapieberufe ist die hohe Abhängigkeit von der Ärzteschaft, auch das deutet die Untersuchung an. Handlungsbedarf sieht Herr Fox vor allem im Bereich der öffentlichen Wahrnehmung der Pflege- und Therapieberufe. Es müsse noch besser gelingen, darzustellen, dass es sich bei Pflege um eine professionelle Leistung auf Basis breit angelegter Qualifikationen handele. Um hier als Verband einen Beitrag leisten zu können bedarf es einer gesetzlichen Stärkung der Verbände (etwa in Form einer Kammer), damit diese ihre politische Arbeit professionell betreiben können.

Was können die anwesenden Verbände leisten?

- Nach Einschätzung von **Herrn Kienle** ist der rechtliche Rahmen zur Kooperation bei den Krankenhäusern durch das Schnittstellen- und Entlassmanagement gut aufgestellt. Im Rahmen der Gesetzgebung zur Gesetzlichen Krankenversicherung wird es hier zukünftig zu einem nochmaligen Ausbau der Verantwortlichkeit der Krankenhäuser kommen. Problematisch sei vor allem der haftungsrechtliche Rahmen an den Schnittstellen zwischen den Versorgungsbereichen zumal im Zuge der weiteren Ausdifferenzierung der gesundheitlichen Versorgung diese Schnittstellen immer mehr an Bedeutung gewinnen würden. Daher seien Projekte zur integrierten Versorgung, wie sie aktuell in Berlin durchgeführt werden (bspw. Berliner Projekt), auch so wichtig, um Möglichkeiten ausloten und Erfahrungen in komplexen Versorgungsstrukturen sammeln zu können. Zu klären ist vor allem, wer an welcher Stelle der Versorgungskette die Verantwortung für den Prozess innehat und wie diese Verantwortung mit Blick auf den Gesamtprozess ausgestaltet werden soll.
- **Frau Albrecht** schätzt die Kooperationskompetenz in der Brandenburger Altenpflege als hoch ein. Kooperationen finden vor allem am konkreten Fall statt. Ziel wäre es immer, Versorgungsstrukturen zu etablieren, die sich an der Bedarfslage des Einzelnen ausrichten. Das sei allerdings häufig auch aufgrund landesrechtlicher Regelungen und der Abrechnungsmodalitäten der Kassen schwierig. An dieser Stelle würde mehr Flexibilität und Innovationsbereitschaft helfen, noch erfolgreicher als bisher zusammenzuarbeiten.
- Auch **Frau Pilz** geht davon aus, dass die Ausgangsbedingungen in der deutschen Gesundheitswirtschaft besser sind als ihr Ruf. Es geht vor allem darum, die gute Pflege in Deutschland zu bewahren. Gerade im Schnittstellenmanagement hat sich im Immanuel Klinikum Bernau in den letzten Jahren eine hohe Professionalität entwickelt. Im Klinikum sind inzwischen 12 Mitarbeiter/innen im Patientenmanagement tätig, die die Schnittstellen zwischen den einzelnen Abteilungen und Versorgungsbereichen koordinieren. Im Überleitungsmanagement würde man mit professionellen Partnern zusammen arbeiten,

die die Weiterversorgung der entlassenen Patienten organisieren. Nichtsdestotrotz sieht Frau Pilz einen Mangel an personellen Kapazitäten, der es erschwert, Weiterentwicklungen und notwendige Veränderungen professionell bewältigen zu können.

Bezug nehmend auf den Vorschlag zum Streik von Frau Albrecht merkt Frau Pilz an, dass in ihrer Wahrnehmung die Pflege viel zu schüchtern agiert und daher mit ihren Belangen nicht hinreichend in der Öffentlichkeit wahrgenommen wird.

- Ein wesentliches Defizit in der aktuellen Versorgungsstruktur sieht **Frau Kern** in den suboptimalen Kommunikationsstrukturen zwischen den Versorgungsbereichen. Eine bessere Abstimmung der verschiedenen Leistungen ist nach ihrer Einschätzung in jedem Fall notwendig. Frau Kern hofft, dass die anstehenden Gesetzesänderungen auch in diesem Bereiche einen Fortschritt bringen werden. Die Kooperation zwischen den Therapieberufen schätzt Frau Kern als überdurchschnittlich gut ein.
- Auf die Frage, wie sich die Pflege zu einem attraktiven Beruf entwickeln kann, antwortet **Herr Martin**, dass sich solche Entwicklungen aktuell durchaus abzeichnen. Eine wesentliche Triebfeder sei hier die zunehmende Vernetzung im Versorgungsprozess. Die Pflegedienste und die Pflegefachkräfte entwickeln sich immer mehr zu Lotsen innerhalb komplexer Versorgungsstrukturen. Damit entstehen neue, interessante Aufgaben für die Fachkräfte. Darüber hinaus ermöglicht die Vernetzung eine voranschreitende Spezialisierung, die ihrerseits die Entwicklungsmöglichkeiten und damit die Attraktivität im Pflegeberuf erhöht.
- Im Bereich der Vernetzung sieht **Frau Albrecht** ein zentrales Handlungsfeld bei der Verteilung der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zwischen Ärzteschaft und Pflege. Bei zunehmend angespannter Fachkräftesituation sowohl bei den Ärzten als auch in der Pflege, muss die Frage, welche Berufsgruppe was kann und was darf, im Hinblick auf eine qualitativ hochwertige Versorgung, immer wieder diskutiert werden.

An dieser Stelle gibt es einen Einwurf aus dem Publikum. Dem Teilnehmer erschließt sich das Konzept der Podiumsdiskussion immer weniger. Nach seiner Einschätzung geht es doch jetzt nicht um die Frage, was die Betroffenen machen können, sondern viel mehr um die Frage, wie die strukturgebenden Institutionen (Bund, Landesverwaltungen, Kassen) auf die Ergebnisse der Einrichtungsbefragung reagieren wollen. Ein wesentliches Problem sieht er in der Lohnfrage. So lange die Institutionen nicht dazu bereit sind die Einkommensverhältnisse in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zu verbessern, wird man die skizzierten Probleme nicht in den Griff bekommen können.

Herr Ilte erwidert, dass es das Ziel der heutigen Veranstaltung sei, Handlungsmöglichkeiten der einzelnen Akteure auszuloten und zu diskutieren, wer welchen Beitrag zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und zur Fachkräftesicherung leisten kann. Auch wenn den strukturgebenden Institutionen eine hohe Verantwortung zukommt, müsse sich jeder fragen, inwieweit er an der Lösung der dargestellten Herausforderungen mitarbeiten kann.

Wie soll es Ihnen ergehen, wenn Sie Pflege benötigen und was wünschen Sie sich für die Zukunft:

- **Frau Albrecht** hofft, dass sie im Fall der Pflegebedürftigkeit nur die Pflege bekommt, die sie wirklich braucht und will.
- **Herr Martin** teilt die Hoffnung auf eine bedarfsgerechte Versorgung. Für die Zukunft wünscht er sich, dass es gelingt den Diskurs mit den Akteuren und mit der Politik weiterzuführen und zu intensivieren.
- Auch **Frau Pilz** hofft, dass sie die professionelle Unterstützung bekommen wird, die sie benötigt – nicht mehr und nicht weniger. Für die Gesundheitswirtschaft hofft sie, dass es zukünftig noch besser gelingen wird, das Thema in die Öffentlichkeit zu tragen und dadurch den notwendigen Rückhalt für anstehende Veränderungen zu gewinnen.
- **Herr Fox** hofft, dass zukünftig Therapeuten das tun dürfen, was sie können und dass sie nicht mehr auf die Weisung des Arztes angewiesen sein werden.
- **Frau Kern** hofft, dass sie keine Angst vorm Altwerden haben wird. Sie möchte niemandem zur Last fallen und sich nicht als Kostenfaktor fühlen, sondern von motivierten, gut bezahlten Pflegenden versorgt werden. Darüber hinaus hofft sie, dass die Organisation der Versorgung auch einfacher werde und sie nicht an der Bürokratie verzweifeln wird.
- Auch **Herr Kienle** hofft auf eine ausfinanzierte, selbstbestimmte Versorgung.

4 Fünf parallel laufende Foren

Forum 1: Innovative Versorgungsformen und neue Netzwerkstrukturen in der Altenpflege: Die Brandenburger Fachkräftestudie Pflege und das Berliner Bündnis für Altenpflege als Impulsgeber für eine zukunftssichere Pflege.

Moderation: Carsten Kampe (ZAB Brandenburg)
Impuls 1: Ulrich Wendte (MASGF, Referatsleitung Ref. 23)
Impuls 2: Elke Ahlhoff (Wert.Arbeit Berlin)

Ablauf

Nach einer kurzen Einführung von Herrn Dr. Kampe folgten zwei Impulsvorträge von Herrn Wendte (MASGF) und Frau Ahlhoff (Wert.Arbeit GmbH, Berlin). Im Anschluss an diese Impulsvorträge erfolgte der offene Austausch zwischen den Teilnehmer/innen. Die Schwerpunkte der Diskussion lagen auf den Themen: Personaleinsatzplanung, Kooperation/Konkurrenz zwischen Pflegeeinrichtungen, Möglichkeiten der Koordinierung/Steuerung sowie Arbeits- und Rahmenbedingungen der Pflege.

Impuls 1:

Herr Wendte (Referat 23, MASGF) hat einige Ergebnisse der Brandenburger Fachkräftestudie Pflege vorgestellt. In einer sehr hohen Pflegeprävalenz und dem demografischen Wandel zeigen sich demnach für das Land Brandenburg besonders große Herausforderungen den zu erwartenden Bedarf an Fachkräften zu begegnen. Das Land Brandenburg verfolgt in diesem Zusammenhang einen eher qualitativen Ansatz. Dabei sollen für die Pflegebedürftigen alternsgerechte Sozialräume geschaffen werden, die ein hohes Maß an Selbstständigkeit ermöglichen. Der Kern der pflegerischen Arbeit soll in einem umfassenden Versorgungskonzept weiter professionalisiert werden. Die einzelnen Bestandteile der pflegerischen Versorgung sollen auf lokaler Ebene gesteuert und koordiniert werden und die Attraktivität von Pflegeberufen soll erhöht werden.

Innovative Versorgungsformen und neue Netzwerke in der Altenpflege:

Die Brandenburger Fachkräftestudie Pflege (...) als Impulsgeber für eine zukunftsichere Pflege

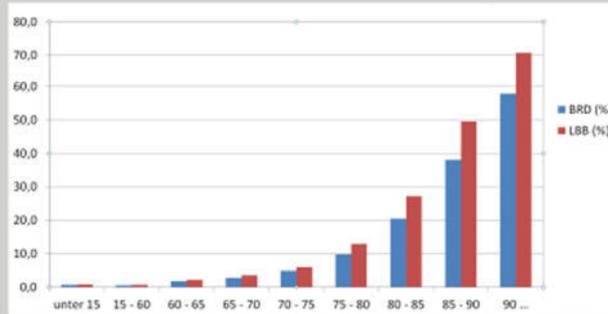
Zielstellung

Menschen mit drohender oder eingetretener
Pflegebedürftigkeit
erhalten eine umfassende und differenzierte
Unterstützung bei der selbstbestimmten und
möglichst selbständigen Lebensführung.

Herausforderungen

- Vermeidbar hohe Pflegeprävalenz
- Vermeidbare Einschränkungen der
Selbständigkeit Pflegebedürftiger durch
Lücken und Mängel in den Unterstützungs-
strukturen
- Demografischer Wandel

Vergleich der Pflegequote nach Altersgruppen 2009 Bund- Land Brandenburg



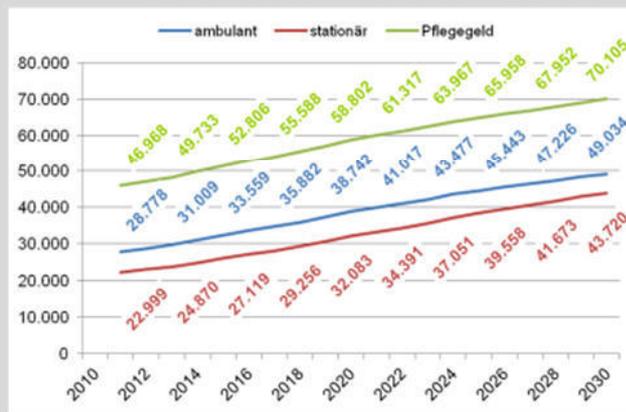
02.07.2015

MASGF Brandenburger Fachkräftestudie Pflege als Impulsgeber

4

Projektion der Zahl an Pflegebedürftigen nach Leistungsart in Brandenburg

Quelle: Pflegestatistik des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg,
Bevölkerungsprognose des Landesamtes für Bauen und Verkehr Brandenburg, eigene Berechnungen



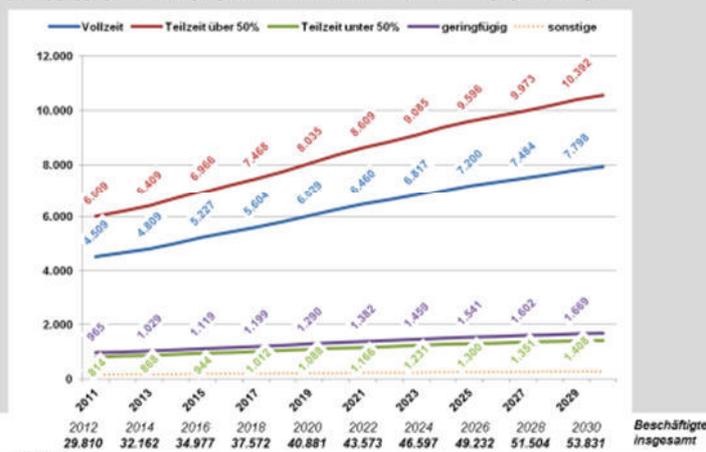
02.07.2015

MASGF Brandenburger Fachkräftestudie Pflege als Impulsgeber

5

Beschäftigtenzahlen in der Pflege bis 2030

Quelle: Pflegestatistik des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg,
Bevölkerungsprognose des Landesamtes für Bauen und Verkehr Brandenburg, eigene Berechnungen

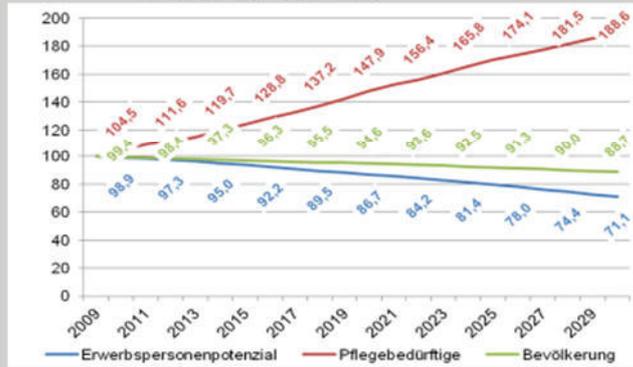


02.07.2015

MASGF Brandenburger Fachkräftestudie Pflege als Impulsgeber

6

Steigende Bedarfszahlen sinkende Kapazitäten (Entwicklung; 2009 = 100)

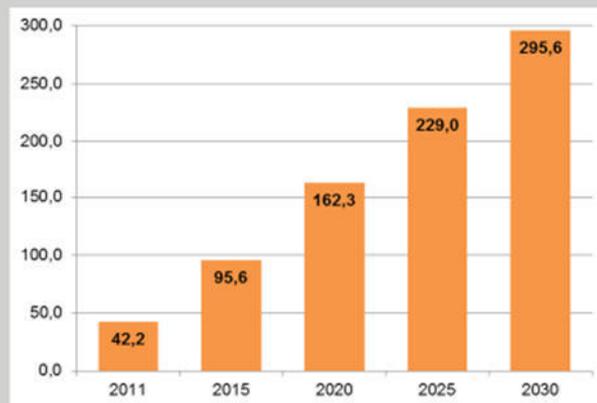


02.07.2015

MASGF Brandenburger Fachkräftestudie Pflege als Impulsgeber

Bruttokosten der Hilfe zur Pflege bei Annäherung an den Bundesdeutschen Durchschnitt (lineare Zuwachsraten)

Quelle: Sonderauswertungen der Bevölkerungsstatistik des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg, Pflegestatistik des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg und Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes, eigene Berechnungen



02.07.2015

MASGF Brandenburger Fachkräftestudie Pflege als Impulsgeber

8

Basis: altersgerechter Sozialraum

- Wohnen
- Wohnumfeld
- Nachbarschaft
- soziale Teilhabe
- Sicherheit
- Mobilität
- Versorgung (Waren und Dienstleistungen)

02.07.2015

MASGF Brandenburger Fachkräftestudie Pflege als Impulsgeber

9

Unterstützung:

- wohnortnah
- differenziert in Bezug auf den Versorgungsumfang (nur so viel, wie erforderlich)
- differenziert in Bezug auf den Grad und die fachliche Ausrichtung der Professionalität
- als System und auf den Einzelfall bezogen vernetzt

Notwendige Elemente sind

- Nachbarn
- Angehörige und Freunde
- Ehrenamtliche
- Beratung
- Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote
- Tagespflege
- Kurzzeit- und Verhinderungspflege
- ambulante Grund- und Behandlungspflege
- stationäre Dauerpflege
- therapeutische Angebote
- Heil- und Hilfsmittel
- Haus- und Fachärzte
- Krankenhausversorgung

Strategische Ansätze:

- alters- und pflegegerechter Sozialraum
- Professionelle Basis einer sorgenden Gemeinschaft
- Steuerung und Koordinierung der Versorgungsstruktur (Stichworte: Verhinderung unsinniger Konkurrenzen, Spezialisierungen, Überwindung starrer Grenzen zwischen den Versorgungsangeboten, Kooperationen)
- Erhöhung der Attraktivität von Ausbildung und Beschäftigung in der Pflege

professionelles Selbstverständnis der Pflege:

Das professionelle Handeln der Pflege bezieht sich auf den Menschen als Ganzen in seiner individuellen Lebenssituation und Lebensführung. Insofern ist es ganzheitlich.

Auch wenn Pflege den ganzen Menschen in den Blick nimmt, leistet sie für den Menschen einen spezifischen fachlichen Beitrag, bei dem ergänzendes Handeln anderer Unterstützer notwendig bleibt, einbezogen und mit diesen abgestimmt wird.

Gute Pflege und gute Arbeit I

- Verringerung von verlorener Zeit (Fahrzeiten, unnötige Bürokratie)
- Fachkräfte leisten Facharbeit, insbes. Gestaltung der Pflegeprozesse
- Fachlichkeit wird anerkannt. Mehr fachliche Verantwortung und Möglichkeit zur eigenständigen Entscheidung
- Führung wird anerkannt. Mehr Effizienz bei dem Einsatz der Fachkräfte

Gute Pflege und gute Arbeit II

- Vielfältige Unterstützungsformen bieten vielfältige Arbeitsformen. Verbesserte Möglichkeiten einer altersgerechten Beschäftigung in der Pflege.
- Arbeitszeit nach Wunsch; Vereinbarkeit Erwerbsarbeit in der Pflege mit familiären Aufgaben
- Ausbildungsvergütung und Lohn sind leistungsgerecht.

Impuls 2:

Frau Ahlhoff (Wert.Arbeit GmbH, Berlin) stellt das Projekt „Fachkräftesicherung in der Altenpflege“ vor. Das Projekt wird im Rahmen von BerlinArbeit durch die Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen und dem Europäischen Sozialfonds gefördert. Vor dem Hintergrund einer großen Bedeutung der Pflegewirtschaft und der aktuellen Probleme von Pflegeeinrichtungen in Berlin, offene Stellen adäquat zu besetzen, setzt sich das Projekt das Ziel, die Fachkräftesicherung zu befördern. Dabei ist die Schaffung von Netzwerken, Information und Transfer von zentraler Bedeutung. Das Projekt besteht aus vier Bausteinen:

1. Begleitung des Berliner Bündnisses für Altenpflege,
2. Informations- und Transferarbeit sowie Netzwerkförderung in der Branche Altenpflege,
3. Identifizierung und Kommunikation guter Praxis in der Personalarbeit und
4. konzeptionelle Arbeiten für eine landesrechtliche Ausbildung in der Pflegehilfe.

Berliner Bündnis für Altenpflege
Qualitäts- und Qualitätssicherungsprozess für
Berufliche in der Altenpflege

»Berliner Bündnis für Altenpflege«

Abschlussveranstaltung zur Einrichtungsbefragung

Elke Ahlhoff, Wert.Arbeit GmbH, Berlin

Potsdam, 29. Juni 2015

„Fachkräftesicherung in der Altenpflege“ – Projekt Nr. 2020/2015/2

Das Projekt wird im Rahmen des Programms Berlin der Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen durchgeführt und ist ein Mittel des Europäischen Sozialfonds gefördert.

EUROPAISCHE UNION
Europäischer Sozialfonds
Investition in Ihre Zukunft

ESE
Senatsverwaltung
für Arbeit, Integration
und Frauen

berlin Berlin
berlin Berlin Arbeit

In Kooperation
OGG
Wert.G

Ausgangslage



- Die Branche Altenpflege setzt sich in Berlin aus einer steigenden Anzahl von
 - stationären Einrichtungen (419 in 2012)
 - und
 - ambulanten Pflegeeinrichtungen (575 in 2012)
 - zusammen.
- Die (teil)stationären Pflegeeinrichtungen werden fast zu gleichen Teilen von freigemeinnützigen bzw. öffentlichen und privaten Trägern betrieben.
- Der ambulante Bereich ist überwiegend privatwirtschaftlich organisiert und setzt sich in der Mehrzahl aus kleinen – mittleren Betrieben zusammen.

Ausgangslage



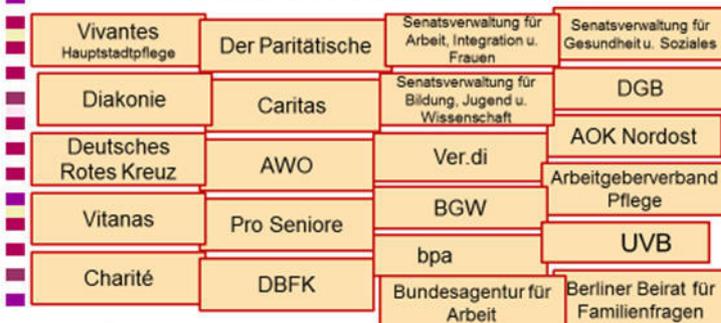
- Das Beschäftigungspotenzial der Branche ist groß. Zum Stichtag 30.09.2013 waren 55. 958 Menschen in Berlin in der Altenpflege tätig.
- Dies entspricht einem Anteil von 30% aller in der Gesundheits- und Sozialbranche beschäftigten.
- Der Bedarf an Altenpflegefachkräften und Pflegekräften wird aufgrund des demografischen Wandels weiter ansteigen.
- Die Branche Altenpflege ist sehr heterogen und verfügt über keine gemeinsame Strategie bzw. Werbung um Auszubildende für die Altenpflege zu gewinnen.

Berliner Bündnis für Altenpflege



Vor diesem Hintergrund hat sich das Berliner Bündnis für Altenpflege gegründet und ist seit 2013 aktiv.

Partnerinnen und Partner im Bündnis sind



Ziele des Bündnisses für Altenpflege



Ein hochwertiges Angebot der Altenpflege für alle Bürgerinnen und Bürger der Stadt, unabhängig von Geschlecht, Nationalität und sexuelle Identität erhalten.

Eine wertschätzende Unternehmenskultur in den Einrichtungen der Altenpflege fördern.

Auf gute und gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen für die Pflegenden hinarbeiten



Die Handlungsfelder des Bündnisses



1. Die Attraktivität der Arbeit in der Altenpflege steigern
2. Die Vielfalt der Lebensentwürfe in Berlin erfordert ein adäquates Angebot in der Altenpflege.
3. Die Attraktivität der Ausbildung steigern
4. Potenziale heben – Nachqualifizierung ermöglichen
5. Weiterentwicklung der Pflegeberufe – durch Aufstiegsförderung und Qualifizierung

Zu den Handlungsfeldern sind rund 40 Maßnahmen von den Partnerinnen und Partnern erarbeitet worden, die dem Fachkräftemangel in der Altenpflege entgegen wirken sollen.



Das Projekt Fachkräftesicherung in der Altenpflege



.....unterstützt das Berliner Bündnis für Altenpflege

1. auf der konzeptionell – strategischen Ebene
Branchenreport, Altenpflege, Auswertung aktueller Zahlen des Arbeitsmarkts mit Bezug zu Entwicklungen der Branche Altenpflege, Förderwegweiser Pflege, Dialogangebote
2. durch Vernetzung und fachliche Dialoge in der Branche Altenpflege
Salongespräche, Fachdialoge, Tagungen des Bündnisses
3. mit fachlicher Unterstützung für die Akteurinnen und Akteure in den Betrieben und in den Einrichtungen.
Bildungslandkarte, Veröffentlichungen zur Personalgewinnung und –bindung
4. Präsenz in der Öffentlichkeit



Öffentlichkeitsarbeit

Regelmäßiger Newsletter

Informationen auf der homepage
www.dienstleistungsmetropole-berlin.de/de/altenpflege.html

Werbung für den Beruf
Altenpflege
www.pflegebildungslandkarte.de

Informationsmaterial zur
Ausbildung

Facebook



Öffentlichkeitsarbeit

www.pflegebildungslandkarte.de



Organisation von Dialogräumen

Organisation und inhaltliche Vorbereitung von Salongesprächen zur Unterstützung des Austausch der Partnerinnen und Partner im Bündnis außerhalb formaler Sitzungsstrukturen.

Themen der Gespräche

- Ausbildung staatliche geprüfte Pflegeassistenten
- Bausteine des Projekts Fachkräftesicherung in der Altenpflege
- Modellrechnungen zum Fachkräftebedarf in der Altenpflege in Berlin

Vernetzung und Beförderung des fachlichen Austauschs



Fachdialoge zu relevanten Themen für die Personalentwicklung in der Altenpflege

Themen der letzten Veranstaltungen

»Was tun, wenn Pflegepersonal knapp wird? – Unterstützung zur Personalentwicklung im Land Berlin« Programme des Landes und der Agentur für Arbeit zur Förderung des Arbeitsmarkts und der Beschäftigung.

»Innovativ Nachwuchs gewinnen – Auszubildende für die Altenpflege« Maßnahmen der Berufsorientierung und Personalrekrutierung von Auszubildenden.

»Ganzheitliche Kundenorientierung als Erfolgsfaktor in Pflegeeinrichtungen« Angehörigenfreundliche Pflege – Zusammenwirken von Angehörigen und professioneller Altenpflege.

Vernetzung und Beförderung des fachlichen Austauschs



Organisation und Durchführung der jährlichen Tagung des Berliner Bündnisses für Altenpflege „Gesunde Altenpflegekräfte arbeiten gern!“ 22. Juni 2015



Begleitung und fachliche Unterstützung für das Betriebsräte Netzwerk Altenpflege in Kooperation mit ver.di Fachbereich 03

Unterstützung der betrieblichen Personalentwicklung



Publikationen

- Beschäftigte für die Altenpflege dauerhaft gewinnen – mit Wertschätzung, Engagement und Ideen“ Anregungen für die Praxis, Expertise, Juni 2015
- Betriebsräte können mitbestimmen – zur Personalentwicklung in der Pflege, Handreichung für Betriebsräte, Juni 2015
- Die Altenpflege in Berlin – Report zur Situation und den Entwicklungsperspektiven der Branche, Dezember 2014
- Das Alter ist bunt – Vielfalt in der Altenpflege lebendig gestalten, Expertise, Dezember 2014
- Förderwegweiser Pflege, Juni 2014





Fazit

- Die erarbeiteten Maßnahmen des Bündnisses zur Fachkräftesicherung in der Altenpflege haben politische Aufmerksamkeit erzeugt.
- Die angebotenen Fachdialoge werden sehr gut angenommen und haben zunehmende Bedeutung in der Branche.
- Publikationen sind nachgefragt und besonders die Materialien zur Ausbildung Altenpflege werden von den Betrieben für die Personalgewinnung genutzt.
- Das Bewusstsein, dass trotz enger personeller Ressourcen der vorhandene Handlungsspielraum für die Personalgewinnung und -bindung genutzt werden muss, hat zugenommen.

 14





**Berliner
Bündnis für
Altenpflege**

Qualitäts- und Qualifizierungsoffensive für
Fachkräftesicherung in der Altenpflege

 15

In der sich anschließenden Diskussion beleuchten die Teilnehmenden verschiedene Aspekte zur Sicherung des Fachkräftebedarfs in der Altenpflege.

Personaleinsatzplanung

Vor dem Hintergrund der Strukturqualitätsverordnung des Landes Brandenburg wurde an verschiedener Stelle über die Möglichkeiten des Personaleinsatzes gesprochen. Die Verordnung des Landes ermöglicht bei entsprechendem Konzept auch eine Fachkraftquote von unter 50 %, diese Möglichkeit wurde bisher von den Einrichtungen jedoch nur in geringem Umfang genutzt. Es besteht die Möglichkeit über intelligente Einsatzplanung den Bedarf an Pflegefachkräften zu senken und gleichzeitig die pflegerische Tätigkeit zu professionalisieren und aufzuwerten. Dafür müssten die Tätigkeiten der Pflegekräfte jedoch stärker auf den Kern pflegerischer Arbeit fokussiert werden. In diesem Zusammenhang ist jedoch Mut für neue Konzepte und zur Delegation von Verantwortung gefragt. Die Gesellschaft muss dabei mehr Vertrauen in die Kompetenzen der Pflegefachkräfte und Pflegeeinrichtungen aufbringen. Die

Pflegeeinrichtungen und die entsprechenden Pflegedienstleitungen haben die zentrale Verantwortung, in diesem Feld neue Wege zu beschreiten. Auch wenn viele Einrichtungen bisher eher klassischen Einsatzkonzepten nachgehen, existieren im Land Brandenburg auch innovative Ansätze.

Kooperation/Konkurrenz zwischen Pflegeeinrichtungen

Aufgrund der guten Marktlage der Pflegeeinrichtung (demografischer Wandel) besteht die Konkurrenz in erster Linie um Fachkräfte und nicht um Kunden. Trotzdem sind die Interessen der Einrichtungen in der Regel nicht so gelagert, dass eine direkte Kooperation zwischen Einrichtungen bei der Versorgung als zielführend wahrgenommen wird. Von der direkten Kooperation zwischen Einrichtungen ist eine zweite Ebene der moderierten Zusammenarbeit zu unterscheiden. Sofern sich Akteure finden, die diese Moderation übernehmen, werden die Kooperationsmöglichkeiten optimistischer eingeschätzt. Kritisch ist jedoch die Identifikation entsprechender Akteure mit ausreichenden Ressourcen für diesen Moderationsprozess.

Möglichkeiten der Koordinierung/Steuerung

Das Land Brandenburg sieht in der Koordinierung und Steuerung der unterschiedlichen Aspekte bei der Betreuung pflegebedürftiger Menschen vor Ort einen zentralen Ansatzpunkt zum Umgang mit dem drohenden Pflegenotstand. Nach dem Landespflegegesetz sind die Landkreise und kreisfreien Städte die zentralen Akteure für die Koordinierung/Steuerung. Dabei haben die Kommunen zwar allgemein die Aufgabe die Daseinsvorsorge sicherzustellen, besitzen in der Pflegestrukturpolitik aber keine originäre Gestaltungskompetenz. Zudem erscheint dieses Politikfeld für Kommunen nicht attraktiv. Außerdem müssen sich viele Kommunen mit einer entsprechend knappen Budgetausstattung auseinandersetzen.

Arbeits- und Rahmenbedingungen der Pflege

Eine besondere Herausforderung bei der Fachkräftesicherung für die Pflege spielen die Arbeits- und Rahmenbedingungen. Die Pflegefachkräfte müssen sich mit Schichtarbeit, Teilzeit sowie vielen fachfremden Tätigkeiten auseinandersetzen. Dabei wird der Pflege häufig die Gesamtverantwortung für die Betreuung pflegebedürftiger Menschen zugeschrieben. Beim Umgang mit dem Fachkräftemangel sollte dieses Bild in dem Sinne verändert werden, dass die Pflegekräfte für die Pflege zuständig sind und nicht in einer umfassenden Gesamtverantwortung (inklusive Erledigung des Abwaschs und Heruntertragen des Mülls) stehen.

Auch wenn die Schülerzahlen in den Gesundheits- und Pflegeberufen in den letzten Jahren entgegen des allgemeinen Trends relativ konstant geblieben sind, ist zu konstatieren, dass es sehr hohe Wechselquoten aus den Pflegeberufen heraus gibt und die Zahlen nicht genügen, den Bedarf zu decken. Bei den hohen Bedarfen an Fachkräften müssen die Arbeitsbedingungen so gestaltet sein, dass die Wechselquoten zurückgehen und Fachkräfte länger im Beruf gehalten werden können.

Sonstiges

Bei dem drohenden Pflegenotstand aufgrund des sehr großen Bedarfs an Pflegekräften ist es notwendig, dass alle an der Pflege beteiligten Akteure Offenheit für innovative Lösungen und kooperatives Handeln zeigen. Dadurch können bisher ungenutzte Potenziale gehoben werden und einen Beitrag zur Lösung der Herausforderungen liefern. Wahrscheinlich wird es notwendig sein qualitative (Art der Pflege, Koordinierung/Steuerung usw.) und quantitative Lösungen (Erhöhung der Zahl an Pflegekräften) zu erreichen.

Forum 2: „Pflege braucht Hände“. Möglichkeiten der Integration gering qualifizierter ArbeitnehmerInnen in die Kranken- und Altenpflege.

Moderation: Annette Glause (MASGF)

Impuls 1: Anne-Maria Lehmkuhl (MASGF, Referat 23)

Donald Ilte (LASV)

Impuls 2: Bianca Böttcher (Sen AIF)

Ulrich Söding (IbBG, Vivantes)

Frau Glause leitet in das Thema des Fachforums ein. Kernfrage ist, wie sich der Fachkräftebedarf in der Altenpflege mittelfristig sichern lässt. Als wesentliche Entwicklungsdeterminanten beschreibt Frau Glause den demografischen Wandel und die damit einhergehenden Ansprüche an die Aus- und Weiterbildung in der Altenpflege sowie den Bedarf an innovativen Personaleinsatzkonzepten. Eine der Kernfragen ist, wie Pflegefachkräfte und unterschiedlich qualifizierte Helfer/innen kompetenzgerecht eingesetzt werden und nutzerorientiert zusammenarbeiten können. Da dies weit über die häufig thematisierte quantitative Dimension hinausgeht, sollte der Schwerpunkt der Diskussion auf qualitative Veränderungen gelegt werden. Der Leitsatz (aus dem Bericht der Einrichtungsbefragung) lautet

„Die Lösung des scheinbar quantitativen Problems der Fachkräftesicherung hängt... [erhebl.] davon ab, inwieweit es gelingt, notwendige qualitative Veränderungen der Versorgungsstrukturen umzusetzen.“

Anschließend stellen Herr Donald Ilte (LASV) und Frau Anne-Maria Lehmkuhl (MASGF) die Situation der Altenpflegehelfer/innen (APHs) mit landesrechtlich geregelter einjähriger Ausbildung in Brandenburg vor. Folgende Rahmenbedingungen erschweren nach Einschätzung der beiden Impulsgeber den Einsatz dieses Personals in der Altenpflege:

- Die Einrichtungen halten häufig an einer quantitativen 50% Fachkraftquote fest. Ein qualifikationsgerechter Fachkräfteeinsatz, wie er von der Strukturqualitätsverordnung zum Brandenburgischen Pflege- und Betreuungswohngesetz gefordert wird, findet erst in Ansätzen statt. Das heißt, Pflegefachkräfte nehmen noch längst nicht die Steuerungsfunktion wahr, für die sie qualifiziert sind. In der Arbeitsorganisation wird lediglich zwischen Fach- und Hilfskraft unterschieden, wobei die qualifizierten Altenpflegehelferinnen nicht von gänzlich unqualifizierten Mitarbeitern unterschieden werden.
- Spezifische Tätigkeitsfelder der unterschiedlichen Qualifikationsprofile (so auch der APHs) können in den meisten Einrichtungen nicht benannt werden. Entsprechend fehlt es häufig schon an der Idee eines qualifikationsgerechten Fachkräfteeinsatzes.
- Die Ausbildungssituation in Brandenburg ist trotz sich ändernder Rahmenbedingungen gut: derzeitig dreijährige Umschulungsfinanzierung durch Bundesagentur für Arbeit; Fördersatz Land BB zur Finanzierung des theoretischen und praktischen Unterrichts an den Altenpflegesschulen BB angehoben, Die Inhalte der Altenpflegeausbildung ermöglichen eine qualifizierte Ausbildung. Vollständige Anrechnung der Altenpflegehilfeausbildung auf die Fachkraftausbildung. D. h. Verkürzung um ein Jahr.

- Das größte Problem besteht aktuell darin, dass die Neuregelungen des Brandenburger Heimrechts (der Strukturqualitätsverordnung von 2009) von den Einrichtungen nicht hinreichend aufgenommen werden. Die Neuregelungen zur Fachkraftquote greifen erst in Ansätzen. Die Einrichtungen nutzen den seit 2009 vorhandenen Spielraum beim Fachkräfteeinsatz kaum.
- Zu klären ist, ob die Einrichtungen mit der Entwicklung und Umsetzung zeitgemäßer Personaleinsatzkonzepte (Personaleinsatzplan, Einrichtungskonzept) überfordert sind und an dieser Stelle weitere Unterstützung brauchen.
- Die Idee bei der Differenzierung des Fachkräfteeinsatzes ist, dass der gezielte Einsatz von Altenpflegehilfskräften direkt den Fachkräfteeinsatz bedingt. Bisher werden die einjährig ausgebildeten Pflegehilfskräfte jedoch kaum entsprechend ihrer Kompetenzen eingesetzt. Entsprechend fallen die Rückwirkungen auf den Fachkräfteeinsatz überschaubar aus.
- Eine wesentliche Herausforderung bei der Erarbeitung innovativer Personaleinsatzkonzepte ist die Frage nach dem Einsatz und der Zusammenarbeit von Pflegefach- und Pflegehilfskräften. Bisher werden die Möglichkeiten einer arbeitsteiligen Zusammenarbeit noch nicht ausreichend genutzt.
- Resümierend ist festzuhalten, dass bisher nur ein geringer Anteil der Brandenburger Pflegeeinrichtungen die Möglichkeiten eines kompetenzorientierten Personaleinsatzes nutzt.

Im Rahmen des zweiten Impulsreferates präsentieren Frau Bianca Böttcher (Sen AIF) und Herr Ulrich Söding (IbBG, Vivantes) das Modellprojekt „Ausbildung zur/m staatlich geprüften Pflegeassistent/in mit Schwerpunkt Altenpflege“.

Im Rahmen des zweiten Impulsreferates präsentieren Frau Bianca Böttcher (Sen AIF) und Herr Ulrich Söding (IbBG, Vivantes) das Modellprojekt „Ausbildung zur/m staatlich geprüften Pflegeassistent/in mit Schwerpunkt Altenpflege“.



Modellprojekt der Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen im Rahmen des Berliner Bündnisses für Altenpflege



- Antwort auf den hohen Bedarf an gut qualifiziertem Pflegepersonal
- Lückenschluss in der Pflegeberufssystematik
- Berufliche Weiterentwicklung - Durchlässigkeit eröffnet Karrierewege
- Niedrigschwelliger Ausbildungszugang
- Möglichkeit mit Abschluss der Ausbildung den Schulabschluss zu erwerben
- Zielgruppe: 25 + daher auch keine Konkurrenz zur Ausbildung zum Sozialassistentin/en
- Durchfallende der Fachausbildung erhalten einen Berufsabschluss

Pflegeassistent mit Schwerpunkt Altenpflege

Das Modellprojekt wird am OSZ 1 Gesundheit als Schulversuch umgesetzt mit dem Abschluss **staatlich geprüfte/r Pflegeassistent/in mit den Schwerpunkt Altenpflege** und ist damit der rechtlichen Verantwortung der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft zugeordnet.

es ist vorerst kein Durchgang mit dem Schwerpunkt Gesundheits- und Krankenpflege vorgesehen.

Die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales plant für Herbst 2015 eine einjährige staatlich anerkannte Gesundheit- und Krankenpflegehelferausbildung

Die Ausbildung kann von der Arbeitsagentur oder dem Jobcenter über den Bildungsgutschein gefördert werden (Einzelfallentscheidung)

Pflegeassistent mit Schwerpunkt Altenpflege

Konzeption erfüllt die formalen Anforderungen:

- die **Anforderungen der Arbeits- und Sozialministerkonferenz** an die Eckpunkte für Mindeststandards der in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege.
Damit ist den Absolventinnen und Absolventen eine Anerkennung des Abschlusses Pflegeassistent im gesamten Bundesgebiet gesichert.
- die curricularen Voraussetzungen, um eine Anpassung an ein neues generalistisches Pflegeberufegesetz vorzunehmen.

Pflegeassistent mit Schwerpunkt Altenpflege

Eingangsvoraussetzungen

- **Gesundheitliche Eignung**
Nachweis über ärztliches Attest
Infektionsschutz Belehrung (Rote Karte)
- **Sprachniveau B2**
(Erwerb derzeit möglich auch mit B1 durch kostenlose TN an einer QvB
Maßnahme = 6-monatiger Sprachkurs mit Abschlussprüfung,
finanziert durch SenAIF)
- **Praxiszeit ohne Vorerfahrung in der Pflege: mindestens 3 Wochen**
berufliches Praktikum in einer Pflegeeinrichtung
- **Formale Abschlüsse**
Berufsbildungsreife oder gleichwertiger Abschluss (ersatzweise
„Grundbildungsfeststellungsverfahren“ entwickelt von der HU Berlin)

Pflegeassistent mit Schwerpunkt Altenpflege

Ein Weg in Ausbildung ohne Schulabschluss:

Verpflichtend:

Teilnahme an einem standardisierten Grundbildungsfeststellungsverfahren

Notwendiges Ergebnis -> positive Prognose

- Verfahren ist standardisiert und kann in einem ca. einstündigen Testverfahren von Berufsfachschulen durchgeführt und ausgewertet werden.
- dient der Überprüfung der Kenntnisse bei den Teilnehmenden, ob eine positive Prognose zur Erreichung des Bildungsziels erwarten abgegeben werden kann
- Mit zusätzlichem allgemeinbildendem Unterricht und bei erfolgreichem Abschluss der Ausbildung Pflegeassistent mit einem Notendurchschnitt von mindestens 3,0 erwerben die TN zugleich die Berufsbildungsreife.
- Mit Bestehen der AB erfüllen die TN die Voraussetzungen, um in eine verkürzte Ausbildung zur Pflegefachkraft zu gehen.

Pflegeassistent mit Schwerpunkt Altenpflege

Dauer und Umfang der Ausbildung

- Ausbildungsdauer von 1,5 Jahren Minimum, für die Vermittlung notwendiger Fachkenntnis sowohl in der Kranken- und Altenpflegehilfe
- Das Curriculum umfasst 1.000 Unterrichtsstunden. Es beinhaltet die Grundlagen für eine kultursensible Pflege und den Erwerb von Kenntnissen, die eine Erweiterung des Tätigkeitsfeldes zulassen.
- Für Teilnehmende ohne Schulabschluss wird zusätzlich allgemeinbildender Unterricht mit fachpraktischem Bezug erteilt.

Das Curriculum für die Ausbildung Pflegeassistent mit Schwerpunkt Altenpflege oder Gesundheits- und Krankenpflege ist identisch, bis auf 80 Unterrichtsstunden, die zur Vertiefung des Schwerpunkts dienen!

Pflegeassistent mit Schwerpunkt Altenpflege

Praxiseinsätze in der Ausbildung

- In der 1,5-jährigen Ausbildung erfolgt ein Praxiseinsatz in der stationären Akut- und Langzeitversorgung und Ambulanten Pflege.
- Je nach Schwerpunkt der Ausbildung findet der überwiegende Anteil der praktischen Ausbildung in der Alten- oder der Akutpflege statt. Allerdings muss immer ein Praktikum von mindestens drei Monaten in der jeweiligen anderen Pflegeausrichtung erfolgen. Der Praxiseinsatz im ambulanten Bereich umfasst mindestens vier Wochen.
- Der Ausbildungsträger zahlt im gesamten Zeitraum die Ausbildungsvergütung. Um hier einen Ausgleich herbeizuführen, bieten sich Kooperationen von Pflegeeinrichtungen und Akutkrankenhäuser an.

Pflegeassistent mit Schwerpunkt Altenpflege

Dauer und Umfang der Ausbildung

- Ausbildungsdauer von 1,5 Jahren Minimum, für die Vermittlung notwendiger Fachkenntnis sowohl in der Kranken- und Altenpflegehilfe
- Das Curriculum umfasst 1.000 Unterrichtsstunden. Es beinhaltet die Grundlagen für eine kultursensible Pflege und den Erwerb von Kenntnissen, die eine Erweiterung des Tätigkeitsfeldes zulassen.
- Für Teilnehmende ohne Schulabschluss wird zusätzlich allgemeinbildender Unterricht mit fachpraktischem Bezug erteilt.

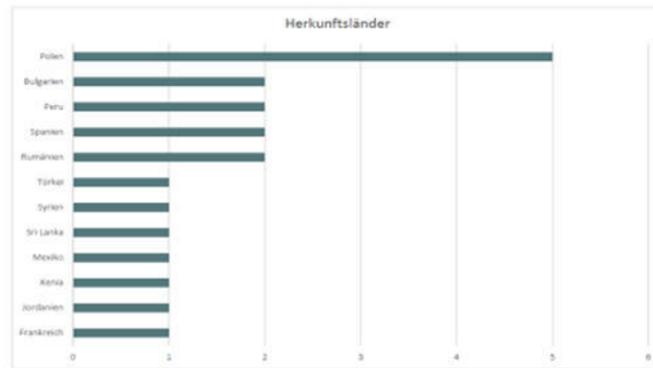
Das Curriculum für die Ausbildung Pflegeassistent mit Schwerpunkt Altenpflege oder Gesundheits- und Krankenpflege ist identisch, bis auf 80 Unterrichtsstunden, die zur Vertiefung des Schwerpunkts dienen!

Pflegeassistent mit Schwerpunkt Altenpflege

Sprache als Voraussetzung

- der Ausbildung zur staatlich geprüften Pflegeassistent ist ein Sprachkurs als „Qualifizierung vor Beschäftigung“ Modul vorgeschaltet.
- Kooperationspartner ist das Sven-Walter-Institut der GFBM
- Im Kurs, der seit 19. Januar 2015 läuft, befinden sich zurzeit 20 Teilnehmende.
- Der berufsbezogene Deutschkurs führt zum Abschluss Sprachniveau B2.
- Ein 3-wöchiges und 4-wöchiges Praktikum in einer Pflegeeinrichtungen zur Förderung und Verfestigung der Fachsprache sind in den Sprachkurs integriert.
- Ausbildung und Sprachkurs sind verbindlich gekoppelt
- Die Ausbildung beginnt am 14.9.2015

Internationale Zusammensetzung des Sprachkurs



Abschlussveranstaltung Einrichtungsbefragung in den Gesundheitsfachberufen Berlin-Brandenburg, 20.6.2015

Seite 11

Abschluss Zusammensetzung des Sprachkurs

Abschlüsse der TN QvB Deutsch und Pflege



Abschlussveranstaltung Einrichtungsbefragung in den Gesundheitsfachberufen Berlin-Brandenburg, 20.6.2015

Seite 12





In Berlin besteht in Einrichtungen der Bedarf nach Entlastung der Pflegefachkräfte. Das Modellprojekt ist als Antwort auf den hohen Bedarf an gut qualifiziertem Pflegepersonal zu verstehen. Jugendlichen/jungen Erwachsenen wird die Möglichkeit geboten, im Bereich der Pflege tätig zu werden und mit Abschluss der Ausbildung den Schulabschluss zu erwerben. Der Ausbildungszugang ist niedrighschwellig und bietet Perspektiven zur beruflichen Weiterentwicklung und zu Karrierewegen. Gerade Personen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit relevante Schwierigkeiten in einer Ausbildung zur Pflegefachkraft hätten bzw. Personen denen die Ausbildungsberechtigung fehlt, haben die Chance im Rahmen des Modellprojektes einen staatlich anerkannten Berufsabschluss zu erwerben.

Die Zielgruppe des Projektes liegt bei Personen, die älter als 25 Jahre sind. Entsprechend besteht keine Konkurrenz zur Ausbildung zum Sozialassistentin/en.

Mit dem Projekt sollen auch Personen mit Migrationshintergrund angesprochen werden. Hierbei sind spezifische formale Anforderungen und Eingangsvoraussetzungen zu erfüllen (bspw. Sprachniveau B2). Bestandteil des Projektes ist aber auch die kostenlose Teilnahme an einem Sprachkurs. Durch den Abschluss der Ausbildung zur/m Pflegeassistent/in mit einer Note besser/ gleich 3,0 wird gleichzeitig ein Schulabschluss erworben. Interesse an dem Modellprojekt wurde u.a. von Berufsfachschulen gezeigt, die sich an der Ausbildung der Pflegeassistent/in beteiligen wollen. Das Projekt befindet sich z. Z. noch in der Testphase und muss daher noch evaluiert werden.

Im Anschluss an die Ausführungen von Frau Böttcher schildert Herr Söding die Herausforderungen bei der Qualifikation von Personen ohne geradlinige Schul-/ Berufslaufbahn für Pflegeberufe aus der Sicht der Praxis.

Wesentlich ist für Herrn Söding, dass Pflege eine kompetenzseitig anspruchsvolle Tätigkeit darstellt. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass nicht jeder dazu in der Lage ist zu pflegen und schon gar nicht jeder die Anforderungen an eine Pflegefachkraft meistern kann. Gleichzeitig besteht das Problem, dass die Zahl an Bewerber/innen rückläufig ist und der Fachkräftebedarf in den Einrichtungen steigt. Zu klären ist entsprechend, wie Pflegeberufe attraktiver gemacht und welche geeigneten Bewerber/innen unter welchen Rahmenbedingungen gefunden werden können. Bewerber/innen auf Fachkraftstellen, sind oft aus kognitiver Sicht nicht für

eine Ausbildung als Pflegefachkraft geeignet. Das zeigt sich auch daran, dass der Anteil der Auszubildenden Pflegefachkräfte, die die Probezeit nicht geschafft haben (bspw. weil die Theorieprüfung nicht bestanden wurde) zunimmt. Insgesamt ist die Notwendigkeit Ausbildungswege zu schaffen, die es Menschen mit begrenzter Ausbildungsreife ermöglichen, einen Beruf zu erlernen, in den letzten Jahren gestiegen. Das gilt im Besonderen für den Bereich der Alten- und Krankenpflege. Für Berlin spielt dabei das Potenzial der Migrant/innen eine besondere Rolle. Projekte, die diesem Tatbestand gerecht werden sind zu begrüßen.

In der anschließenden Diskussion werden folgende Aspekte bezüglich der Ausbildung und Beschäftigung von Pflegehilfskräften und Pflegeassistent/innen thematisiert:

- Fragen und Erläuterungen zum Modellprojekt: Was müssen Personen mitbringen, um am Modellprojekt teilzunehmen? Das Projekt ist für junge und ältere Menschen gedacht, um eine alternative Möglichkeit der Berufsausbildung unabhängig von der schulischen Ausbildung zu erhalten. Dadurch können Kapazitäten genutzt werden von Personen, die schon in der Pflege arbeiten denen aber eine formale Qualifizierung fehlt. Langfristig gesehen kann so in Einrichtungen eine Entlastung der Fachkräfte stattfinden. Durch das Projekt können nicht genutzte personelle Ressourcen genutzt werden: Z. B. Schul- und Ausbildungsabbrecher, Personen, deren Schulabschlüsse in Deutschland nicht anerkannt werden, „Spätentwickler“ etc. Das Projekt wird als Weg gesehen, etwas Neues zu gestalten und neue Strukturen zu bilden, die durchlässiger sind, sowie der Versuch, Personen langfristig in der Pflege zu gewinnen.
- Ein wesentliches Problem wird darin gesehen, dass die Einrichtungen nicht über hinreichende finanzielle Ressourcen für ausreichend Personal verfügen. Das Handeln der Einrichtungen unterliegt in der Regel ökonomischen Zwängen. Dadurch kommt es oftmals zu einer starken Überbelastung examinierter Fachkräfte. Oft fehlen die finanziellen Ressourcen um eine ausreichende Zahl an Fachkräften zu beschäftigen. Der konzeptionell wenig durchdachte Einsatz von Pflegehelfer/innen zur Kompensation der Fachkräftengpässe kann zu einer zusätzlichen Belastung der Fachkräfte führen und gefährdet die Qualität der pflegerischen Versorgung.
- Die Fachkräftesituation zwischen berlinnahen und berlinfernen Regionen unterscheidet sich in relevantem Maße. Es gibt gerade im ländlichen Bereich Probleme Ausbildungsplätze mit geeigneten Bewerber/innen zu besetzen. Bei den Hilfskräften ist zu beobachten, dass Personen mit Basisqualifikation oft keine Probleme bei der Job-Vermittlung haben; staatlich anerkannte Pflegehilfskräften fällt es hingegen schwerer eine Beschäftigung zu finden.
- Auch die Qualität der praktischen Ausbildung wird in Teilen in Frage gestellt: Schlechte Arbeitsbedingungen fördern Abbrecherquoten. Nachwuchsprobleme entstehen u. a. auch durch schlechte Erfahrungen mit dem Pflegeberuf aus dem sozialen Umfeld der Ausbildungssuchenden. Hier stehen die Einrichtungen in der Pflicht gute Ausbildungsstrukturen zu schaffen und diese auch zu kommunizieren (Bildungsarbeit). Berufliche Perspektiven auch innerhalb der eigenen Einrichtung sind zu entwickeln und das Interesse junge Menschen weiterzubilden muss weiter ausgebaut werden. Die Qualität der Ausbildung kann gesichert werden, indem bspw. keine Ausbildungsverträge mit Einrichtungen geschlossen werden, die zu den oben genannten Punkten kein personalpolitisches Konzept vorweisen können.

- Ein wesentlicher Ansatzpunkt wird in der Förderung der öffentlichen Wertschätzung der Pflegeberufe gesehen. Das Problem besteht darin, dass das Interesse an den Altenpflegeberufen sinkt und die gesellschaftliche Wahrnehmung dieser negativ besetzt ist. Hinzu kommt, dass die Pflegeberufe mehr und mehr in Konkurrenz zu anderen Ausbildungsberufen treten und in diesem Wettbewerb nur schwer bestehen können. Um hier intervenieren zu können, muss es zunächst gelingen, die Selbstdarstellung der Pflege deutlich optimistischer als bisher zu gestalten. Bei in der Regel negativer Selbstdarstellung dürfte es schwer werden, junge Menschen für eine Tätigkeit in der Pflege zu gewinnen.
- Ein weiteres Instrument der Fachkräftesicherung wird in der Ausübung der bestehenden Kompetenzen der Pflegefachkräfte gesehen. Der Personaleinsatz muss sich insgesamt stärker an den verschiedenen Qualifikationsstufen, der in der Pflege Beteiligten orientieren und Pflegefachkräfte müssen mehr als bisher die ihnen zustehende Steuerungskompetenz übernehmen.

Forum 3: Krankenhäuser und ambulante Versorgungszentren als Impulsgeber für Ansätze innovativer Versorgungsstrukturen aus Sicht der Gesundheits- und Krankenpflege.

Moderation: Michael Zaske (MASGF)

Impuls 1: Marco Bartz (Krankenpflegedirektor Klinik Nauen)

Impuls 2: Simone Weber-Karpinski (Geschäftsführerin der Klinikum Campus GmbH)

Herr Zaske vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie begrüßt die Teilnehmer/innen des Forums. Die bessere, sektorübergreifende Zusammenarbeit – so seine einleitenden Worte – soll die Nutzung von Synergien im Versorgungsprozess ermöglichen sowie die Gewinnung und Bindung von Fachkräften für die Gesundheitsberufe befördern. Folgende Vision wird vorgestellt:

„Es gelingt den Krankenhäusern / ambulanten Versorgungszentren, sich auf Basis ihrer betriebswirtschaftlichen und kompetenzseitigen Kapazitäten zu einem der zentralen Akteure bei der Modernisierung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zu entwickeln. Hierfür unterstützen und initiieren sie sektorenübergreifende Versorgungsnetzwerke. In diesen Versorgungsnetzwerken übernehmen sie eine moderierende und bei Bedarf steuernde Funktion für die Bereiche Prävention, Nachsorge und Therapie sowie ambulante und stationäre Pflege“.

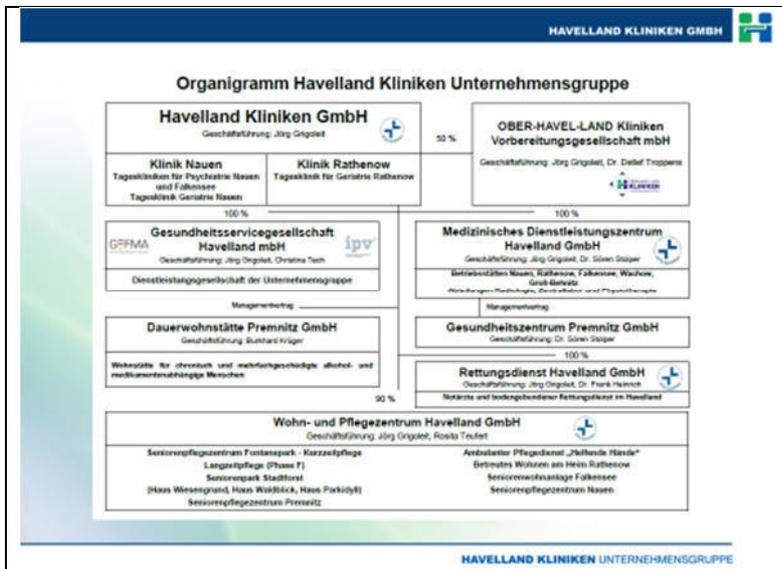
Als Impulsgeber stellte Herr Bartz – Havelland Kliniken GmbH – die innovativen Versorgungsstrukturen, die das Klinikum in den letzten Jahren aufgebaut hat vor. Er berichtet über regelmäßige Management-Austausche, über gemeinsam mit Pflegediensten erstellte Patientenbriefe und über Betreuungsstandards. Ein Tag der Pflege und das Thema Prävention wird mit Akteuren und Multiplikatoren vor Ort Hand in Hand organisiert. Seiner Meinung nach sollten die Krankenhäuser aufgrund der vorhandenen Infrastruktur und der Vielfalt der Dienstleistungen eine zentrale Rolle bei der Gestaltung der innovativen Versorgungsstrukturen spielen. Selbstverständlich nur in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Akteuren aus anderen Sektoren vor Ort.

Folgende Präsentation veranschaulicht die Ausführungen von Herrn Bartz:



Innovative Versorgungsstrukturen aus Sicht der Gesundheits- und Krankenpflege

HAVELLAND KLINIKEN UNTERNEHMENSGRUPPE 



HAVELLAND KLINIKEN GMBH 

Managementtreffen

- Gesundheits- und Krankenpflege-Altenpflege-Rettungsdienst – Therapeuten als Gruppe, 2 x im Jahr
- Ergebnisse gemeinsamer Projektarbeit:
Pflegeüberleitungsbrief, Entlassungsmanagement, Überleitung von Patienten mit multiresistenten Keimen, gemeinsame Pflegestandards
- Rotationsprinzip zwischen Kliniken und Heimen
- Konzept der Ausbildung von Notfallsanitätern

HAVELLAND KLINIKEN UNTERNEHMENSGRUPPE 



Spezialisierte Ambulante Palliativ Versorgung

- Ziel: Palliativmedizin und Palliativpflege
Rechtsgrundlage: § 37 b SGB V
- Basis - Zusammenarbeit der Gruppe
- Behandeln, begleiten, Symptome lindern/
beherrschen, Lebensqualität sichern
- Perspektive: Patient/in - Familie - Umfeld



Prävention durch Öffentlichkeitsarbeit

- Tag der Pflege - Ziel: gezielt aufgearbeitete und
verständliche Informationen für die Bevölkerung
- Ausrichtung - erfolgt unternehmensweit, z.B. mit den
Themen: chronische Wunden, Ernährung, Versorgung
onkologischer Patienten



Prävention durch Öffentlichkeitsarbeit

- Netzwerk gesunde Kinder: Sicherstellung der
Versorgung der Neugeborenen und Kleinkinder bis zu
drei Jahren, in der Häuslichkeit
- Schul- und Kita-Untersuchung: Sicherstellung der
Vorsorgeuntersuchungen in Schulen und Kita`s, wird
durch Personal der Klinik gewährleistet (Landkreis)



Pflege in Familien fördern - PfiFf

- Multiplikatoren Schulung zu Pflegekursen, individueller Pflegeberatung von Angehörigen
- Projekt befindet sich noch im Aufbau
- Ziel: Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen aus dem Krankenhaus in die Pflegesituation in der Häuslichkeit
- Drehtüreffekt verhindern, Überforderung der Angehörigen minimieren



Expertenkommission Kranken- und Altenpflegereform

- Strategische Ausrichtung der pflegerischen Versorgung in Hinblick des stetig steigenden Personalmangels
- Konzepte berufsgruppenübergreifender pflegerischer Qualitätssicherung
- Neustrukturierung der Arbeitsorganisation



**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit !**

Frau Weber-Karpinski – Klinikum Campus GmbH und Klinikum Campus Services GmbH – berichtete über die umfangreichen Angebote des Familien Campus. Dabei zeigt Sie die Möglichkeiten der organisatorischen Verknüpfungen der verschiedenen Betreuungsbereiche und die Rolle der einheitlichen Patientenakte. Die Beteiligung der Partner vor Ort (z. B. DAK, ASB, Johanniter, Behindertenwerkstatt, Demenzstation, Betriebskindergarten und Weiterbildungszentrum) war für Sie wie auch für die anderen Teilnehmer/innen von entscheidender Bedeutung für den Aufbau sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen. Die Strukturen sollten dabei auf jedem Fall kommunal organisiert werden.

Frau Weber-Karpinski stützt ihre Ausführungen auf die nachstehende Präsentation:



Forum 3:
Krankenhäuser und ambulante Versorgungszentren als Impulsgeber für Ansätze innovativer Versorgungsstrukturen aus Sicht der Gesundheits- und Krankenpflege

Dipl.-Ing. Simone Weber-Karpinski
 Geschäftsführerin der Klinikum Campus GmbH und
 Klinikum Campus Service GmbH

Potsdam, 29.06.2015

FamilienCampus LAUSITZ – Gesundheit Leben Lernen www.familien-campus-lausitz.de 29-06-2015



FamilienStand Unternehmensgruppe

Klinikum Niederlausitz GmbH
 Zwei Standorte: Senftenberg, Lauchhammer

Gesundheitszentrum Klinikum Campus Niederlausitz GmbH
 Neun Standorte: Lauchhammer (4), Schwarzhöhe, Senftenberg, Schipkau, Tettau, Ortrand

Klinikum Campus Service GmbH
 Schipkau OT Kletwitz



FamilienCampus LAUSITZ – Gesundheit Leben Lernen www.familien-campus-lausitz.de 29.06.2015 2



FamilienStand Marke FamilienCampus LAUSITZ






FamilienStand CampusBildung FamilienRing MehrWert

Der FamilienCampus LAUSITZ ist der Begegnungsort für alle Familien aus nah und fern, deren Angehörige sich in den Bereichen Gesundheit, Leben und Lernen weiterentwickeln und das Beratungs-, Bildungs- und Betreuungsangebot nutzen möchten.

FamilienCampus LAUSITZ – Gesundheit Leben Lernen www.familien-campus-lausitz.de 29.06.2015 3



CampusBildung FamilienCampus LAUSITZ






FamilienStand CampusBildung FamilienRing MehrWert

Gesundheits-erziehung und Gesundheitsbildung

Schulische Ausbildung:

- Gesundheits- und Krankenpflege
- Gesundheits- und Krankenpflegehilfe
- Altenpflege
- Operationstechnische Assistenz

Fort- und Weiterbildung:

- Medizinische Schreibkraft
- Wundexperte ICW/ TÜV
- Pflanzen für Leib und Seele

FamilienCampus LAUSITZ – Gesundheit Leben Lernen www.familien-campus-lausitz.de 29.06.2015 4



CampusBildung FamilienCampus LAUSITZ






FamilienStand CampusBildung FamilienRing MehrWert

CampusSchule

Aus echtem Holz geschnitzt?

Dann machen Sie doch Ihre Ausbildung bei uns im Grünen.



FamilienCampus LAUSITZ – Gesundheit Leben Lernen www.familien-campus-lausitz.de 29.06.2015 5



FamilienRing FamilienCampus LAUSITZ

■ FamilienStand
 ■ CampusBildung
 ■ FamilienRing
 ■ Mehrwert

CampusKita






FamilienCampus LAUSITZ – Gesundheit Leben Lernen
 www.familien-campus-lausitz.de
 29.06.2015
 6



Mehrwert FamilienCampus LAUSITZ

■ FamilienStand
 ■ CampusBildung
 ■ FamilienRing
 ■ Mehrwert

LernBar



FamilienCampus LAUSITZ – Gesundheit Leben Lernen
 www.familien-campus-lausitz.de
 29.06.2015
 7



Mehrwert FamilienCampus LAUSITZ

■ FamilienStand
 ■ CampusBildung
 ■ FamilienRing
 ■ Mehrwert

SchlafSchön



FamilienCampus LAUSITZ – Gesundheit Leben Lernen
 www.familien-campus-lausitz.de
 29.06.2015
 8



Mehrwert FamilienCampus LAUSITZ

■ FamilienStand
 ■ CampusBildung
 ■ FamilienRing
 ■ Mehrwert

SpiegelKabinett



FamilienCampus LAUSITZ – Gesundheit Leben Lernen
 www.familien-campus-lausitz.de
 29.06.2015
 9



Mehrwert FamilienCampus LAUSITZ

■ FamilienStand
 ■ CampusBildung
 ■ FamilienRing
 ■ Mehrwert

FreiRaum



FamilienCampus LAUSITZ – Gesundheit Leben Lernen
 www.familien-campus-lausitz.de
 29.06.2015
 10



■ FamilienStand
 ■ CampusBildung
 ■ FamilienRing
 ■ Mehrwert

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Besuchen Sie uns. Auch auf www.familien-campus-lausitz.de

FamilienCampus LAUSITZ – Gesundheit Leben Lernen
 www.familien-campus-lausitz.de

Diskussion:

- Auf die Frage wie sich die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten gestaltet, gab es einige positive wie auch negative Rückmeldungen z. B. zur effektiven Übergabe der Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt in die Familiäre- oder Alterspflege.
- Bei der Fachkräftethematik wurde von der AOK angedeutet, dass es mittelfristig keine weiteren finanziellen Anreize für die Fachkräftesicherung geben wird und dass ausländische Fachkräfte alleine keine Lösung für die Engpässe sein können. Einzig durch mehr Wertschätzung der Berufe und das Aufzeigen interessanter Aufgaben z. B. nach einem Rotationsprinzip innerhalb der organisatorischen Verbände, könnte mehr Interesse in den Bereich geweckt werden. Die Attraktivität des Arbeitgebers könnte ein Magnet für die Fachkräfte werden.
- Bei der Frage nach gewünschten strukturellen Änderungen und der damit verbundenen möglichen Akademisierung der Arbeitskräfte wurde klar, dass die Einrichtungen keine qualitativen Abstriche machen wollen und dürfen. Hohe Qualität könnte nicht mit weniger Fachlichkeit und Kompetenz abgedeckt werden. Andererseits wäre es vorstellbar bestimmte Aufgaben an Service- und Hilfskräfte abzugeben.
- Zur Schaffung nachhaltiger Heilungserfolge und effektiver Begleitung der Menschen durch das Gesundheits- und Pflegesystem wäre die Einbindung der kommunalen Bereiche oder ggfs. deren Federführung notwendig. Dabei müsste das Thema des Datenschutzes und der 10-Jahresaufbewahrungspflicht für Patientenakten geklärt werden. Es gab ein verbesserungswürdiges Beispiel eines Schlaganfall-Patienten, der von der ABH zurückgekehrt war und über dessen Zustand weder die Krankenkasse noch der Hausarzt informiert wurden. Es ist eine Balance zwischen Doppelerfassung und -untersuchung sowie dem subjektiven Gefühl des Patienten, sich gut betreut zu fühlen anzustreben.
- Zusammenfassend wird gefragt wie die kleinen und großen Ideen in die Region übertragen werden können. Wie könnten die patientenbezogenen Behandlungsdaten entlang der Versorgungskette ohne Verluste, Missbrauch und mit überschaubarem Aufwand genutzt werden? Die Bereitschaft sei vorhanden gemeinsame Lösungen als Modellprojekt zu realisieren. Telematische und datentechnische Entwicklung würden ebenfalls zur Verfügung stehen.

Anschließend wird festgehalten, dass es Konsens über bzw. Bereitschaft zu den drei folgenden Maßnahmen gibt:

1. Unterstützung und Initiierung von regionalen „runden Tischen“ zur Zukunft der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung und zum Rollenverständnis der beteiligten Akteure.
2. Unterstützung und Initiierung von Modellvorhaben zu sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen im lokalen Kontext. Ziel sollte der Aufbau möglichst lückenloser Versorgungsketten sowie die weitere Optimierung von Schnittstellen zwischen den Versorgungsbereichen sein. Im Rahmen derartiger Modellvorhaben sollte auch exemplarisch herausgearbeitet werden, an welchen strukturellen Grenzen Ansätze einer

sektorenübergreifenden Versorgung (amublanter / stationärer Versorgung; SGB V- / SGB XI-Bereich aktuell stoßen).

3. Initiierung und Organisation von sektorenübergreifenden Fachforen, in denen sich die Fachkräfte aus den verschiedenen Versorgungsbereichen (Krankenhäuser, Altenpflege, Therapie) über fachspezifische Themen austauschen und ihre spezifische Problemperspektive bzw. ihre Handlungsansätze darstellen und diskutieren können.

Protokoll Forum 4:

Akademisierungsoffensive in der Gesundheitswirtschaft. Voraussetzungen einer gelungenen Akademisierung von Pflege- und Therapieberufen.

Moderation: Prof. Dr. Juliane Eichhorn-Kissel (BTU Cottbus)

Impuls 1: Robert Westphal (Gesundheitsakademie Ernst von Bergmann)

Impuls 2: Joachim Rottenecker (Verband Deutscher Ergotherapieschulen e.V.)

Herr Gregor Holst vom IMU Institut – einer der Auftragnehmer der Studie – führt als Moderator durch das Forum und stellt zu Beginn das Thema und die dafür formulierte Vision für die Zukunft vor: Es gelingt den Pflege- und Therapieberufen sich die Potenziale der Akademisierung zu erschließen. Im Zuge dieser Entwicklung kommt es zu einer Ausweitung von Zuständigkeiten und Kompetenzen (bei den akademisch gebildeten Fachkräften) im Versorgungsprozess (Direktzugang, Diagnose- und Therapieverantwortung etc.). Mit der Akademisierung einher geht die notwendige Differenzierung von Kompetenzbereichen zwischen beruflich und akademisch gebildeten Fachkräften. Anschließend stellen Herr Westphal und Herr Rottenecker im Rahmen ihrer Impulsvorträge die aktuelle Situation der Akademisierung von Pflege- und Therapieberufen vor – Herr Westphal aus Sicht einer Krankenhausleitung, Herr Rottenecker aus Sicht eines Therapeuten.

Impuls 1: Robert Westphal (Gesundheitsakademie Ernst von Bergmann)

Herr Westphal erläutert, dass die Akademisierung von Fachkräften (Pflege u.a.) von den Krankenhäusern gewünscht wird. In den Kliniken besteht von Seiten der Geschäftsführungen dabei die Hoffnung, durch Delegation bestimmter Aufgaben, Ärzte zu entlasten und hiermit u. a. dem Fachkräftemangel bei Ärzten zu begegnen. Aus Sicht der Krankenhäuser läuft der Prozess der Akademisierung jedoch zu langsam. Die dafür angedachten Aufgaben bestehen bereits heute, so dass in einigen Krankenhäusern neue Berufsbilder, wie bspw. der „CTA“, entwickelt werden. Herr Westphal gibt in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass die ersten Pflegestudiengänge jedoch vom „Bett weg“ qualifizierten. Eine Ausrichtung auf die klinische Pflege ist jedoch besonders wichtig und in den Krankenhäusern nachgefragt. Des Weiteren weist er auf die große Unübersichtlichkeit bezüglich der bisher bestehenden Pflegestudienangebote hin. Sowohl die Ausrichtung der Studiengänge (Management, Gesundheit, Pädagogik) als auch die Anbindung an die Fakultäten ist sehr unterschiedlich. Herr Westphal stützt seine Ausführungen auf die nachfolgende Präsentation:



Workshop zum Thema 5:

Akademisierungsoffensive in der Gesundheitswirtschaft.

Voraussetzungen einer gelungenen Akademisierung von
Pflege- und Therapieberufen.

Bestandsaufnahme I

- Es existieren zur Zeit mindestens 90 Pflegebezogene Studiengänge in Deutschland
- Seit den 90 er Jahren zunächst „weg vom Bett“ Akademisierung
- Bedingung für Aufnahme des Studiums war der Abschluss der einschlägigen beruflichen Erstausbildung
- Angebote überwiegend an Fachhochschulen (Handlungsfelder: Management, Pädagogik und Pflegewissenschaft); selten Ausrichtung auf „Klinische Pflege“
- Seit 2004 ist eine Hochschulische **Erst**ausbildung möglich (Modellklausel)
- z. Zt. gibt es ca. 40 primärqualifizierende Studiengänge
- Unübersichtlichkeit: Vorfinden von sehr heterogenen Strukturen und kaum vergleichbaren Konzeptionen

Bestandsaufnahme II

Medizinische Innovationen
Demographischer Wandel
Fachkräfte-Engpass
Kostendruck
Wettbewerb

- Krankenhäuser erfahren einen tief greifenden Wandel.
- Hohe Dynamik in der Veränderung von Strukturen und Prozessen.
- Trend: Qualifikationsorientierte Aufgaben-NEU-verteilung

Arbeitsneuverteilung im Gesundheitswesen wird auf politischer und wissenschaftlicher Ebene (an-)erkannt



SVR 2005

Aufgabe des ausschließlichen Fachkräftestatus. Herausbildung von niedrigeren Qualifikationen mit Helferfunktionen.
Fachkräfte werden zukünftig in der Fachaufsicht über die Helfer und in der Beratung von Angehörigen tätig werden.

SVR 2007

Pflege soll eigenständig pflegerische Bedarfe einschätzen, Interventionen durchführen und die Resultate der pflegerischen Versorgung verantworten. Die **Verordnungsfähigkeit für Pflegebedarfsartikel** sollte in die Hand der Pflege gelegt werden. Darüber hinaus sind auch weitreichende Tätigkeitsübertragungen zu prüfen.



Gemeinsamer Bundesausschuss

Heilkundeübertragungsrichtlinie 2011

Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V

WR

WISSENSCHAFTSRAT

Wissenschaftsrat 2012:
für komplexe Aufgabenbereiche in der Pflege sollte Fachpersonal künftig an Hochschulen ausgebildet werden. In primärqualifizierenden patientenorientierten Studiengängen sollten 10 - 20 Prozent eines Ausbildungsjahrganges mit einem Bachelor-Abschluss zur unmittelbaren Tätigkeit am Patienten befähigt werden.



Pflegeberufspolitik 2015

Die Pflege wird stärker (!)
Beruf, 30.06.2015

Gesetzliche Fixierung akademischer Qualifizierung in der Pflege!

Andreas Wittenberg, Präsident des DPH e.V.

Grade- und Skillmix (ein Beispiel)

Neustrukturierung von Aufgaben und Tätigkeiten

Delegation einzelner ärztlicher und administrativer Tätigkeiten

Entlastung von pflegefremden und Hilfstätigkeiten; qualifizierte Aufgabenerweiterung

Bündelung administrativer patientenbezogener Tätigkeiten

Unterstützung des examinierten Pflegedienstes

Pflegefremde Tätigkeiten insbes. Bettenaufbereitung

Betten-, Sach- und Patiententransporte

Ehrenamt

Medizinischer Bereich



Effekt

Prozessoptimierung

Potenzial

Qualifizierung der GKP für hochkomplexe Aufgaben

Wie organisiert sich die Berufsgruppe PFLEGE?

- eine systematische Delegationspraxis ist eher selten
- weiterhin ritualisierte Stationsabläufe
- abhängig von aktuellen Personalressourcen: wer ist heute vor Ort?
- nach persönlichen Interessen und Vorlieben ...

...bloß keine Hierarchie in der Pflege!

Hierarchie # Kollegialität
Hierarchie # Teamgeist
Hierarchie # GleichWERTIGKEIT

... eine Differenzierung zwischen „Planungs-“ und „Durchführungsköpfen“ müsse verhindert werden.

... die Einstellung von **nicht** dreijährig ausgebildeten Pflegekräften für die patientennahe Versorgung wird **abgelehnt**, da die pflegerische Versorgung der Patient/innen dadurch fraktioniert und die patientennahe Pflege deprofessionalisiert werde.

Muths & Darmann- Fink, 2013

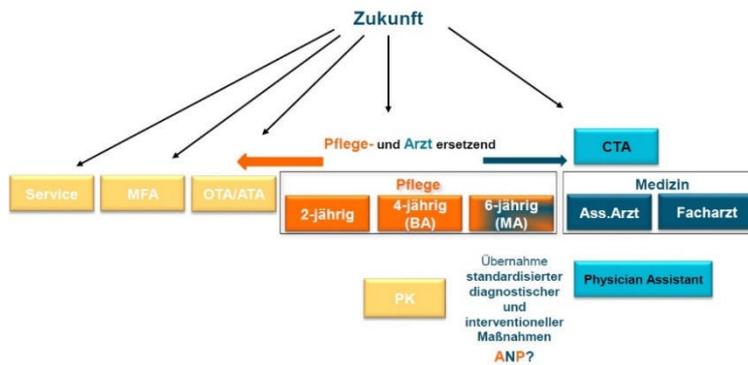
„Kannst du mehr? Darfst du mehr als wir? **Bist du jetzt was Besseres? Bekommst du mehr Geld?**“ – das sind Fragen, die Pflegekräfte den Studierenden im Praxiseinsatz stellen.

Gerst & Hibbeler, 2012

Hierarchie = Statusverlust!

Immenschuh, 2015

„Berufebasteln“: Spezialisten vs. Generalisten



Aufgaben BA: mit oder ohne Annäherungen an die Medizin?

Aufgaben für Bachelor-Absolventen (Auswahl)

- Auswahl von Assessmentinstrumenten, Festlegung von Abläufen von Erstgesprächen (Assessment, Erstgespräch, Pflegeplan), Klinische Pfade
- Prozesssteuerung im Sinne der primären Pflegeverantwortung, bettseitige Fallsteuerung
- Einzelfallorientierte **Interventionen in hochkomplexen Pflegesituationen**
- Mitwirkung bei der Entwicklung und Verantwortung für die Umsetzung evidenzbasierter und/ oder interprofessioneller einrichtungsspezifischer Leitlinien/Standards
- **Patientenschulungen** konzipieren, einführen und deren Wirksamkeit evaluieren

Deutscher Pflegerat (DPR) & Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP): Arbeitsfelder akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen, 2014

Hauptaufgabe: Gewährleistung der Koordination, Kontinuität und Qualität der Pflege für einzelne Patienten!

- leisten direkte, bedürfnisorientierte Pflege
- übernehmen, wenn nötig und sinnvoll, medizinische Aufgaben!

Bienstein: Pflegereiche Zukunft - Anforderungen und Möglichkeiten, 2013

APNs verfügen über folgende berufliche **Kompetenzen:**

- Expertenwissen und Know-how in einem spezifischen Bereich der Pflege.
- Fähigkeiten, andere zu führen und fachlich zu befähigen,
- mit interdisziplinären Teams zusammenzuarbeiten.
- Solide Kenntnisse über wissenschaftlicher Methoden und Fähigkeiten, um diese zur Verbesserung der Pflege einzusetzen.
- Fähigkeiten, Konsultationen in komplexen Fällen durchzuführen
- Fähigkeiten, ethische Entscheidungen zu treffen und zu ethischen Entscheidungsfindungen beizutragen.

Deutsches Netzwerk APN & ANP: Positionspapier Deutschland Version 1.30, 2011

Ausprägung	Anteile
sehr wünschenswert	25,4
wünschenswert	12,6
eher wünschenswert	25,6
eher nicht wünschenswert	11
nicht wünschenswert	10,3
überhaupt nicht wünschenswert	15,2

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Wer ist befragt worden?
Was wird eigentlich gewünscht?

- Wie kann den Widerständen in der Ärzteschaft, den Ärzteverbänden und Fachgesellschaften sowie in der eigenen Berufsgruppe begegnet werden?

2 Fragen von Isfort:

- Machen die akademischen Kräfte etwas anderes oder Gleiches anders?
- Verändern die akademisierten Kräfte das Feld oder verändert das Feld die Kräfte?
- Wie erwerben Studierende Kompetenzen im Feld? Können Sie **etwas anderes** machen?
- Wie akademisieren sich Pflegende eigentlich zur Zeit?
- Was ist überhaupt „Klinische Pflege“?

- Bildung von Plattformen an denen Kostenträger, Leistungserbringer, Interessenvertretungen und Institutionen der Aus- Fort- und Weiterbildung beteiligt sind!
- ➔ Entwicklung eines kompromissfähigen Rahmens
- Unternehmensleitung definiert Bedarfe; dabei ist auch unbedingt der ärztliche Bereich zu beteiligen!
- Berufsgruppenübergreifendes Einvernehmen und Kooperation vs. Verfolgung von Partikularinteressen mit monoprofessionellen Integrationsversuchen
- Akzeptierte Hierarchisierung in der Gruppe der Pflegekräfte

Organisationsentwicklung mit PE und Kulturwandel; GEDULD

- Finanzierung der praktischen Ausbildung der studierenden Auszubildenden!

...

Impuls 2: Joachim Rottenecker (Verband Deutscher Ergotherapieschulen e.V.)

Herr Rottenecker erläutert, dass sich der Sachstand zur Akademisierung in den einzelnen Berufen sehr unterschiedlich darstellt. Während die Pflege auf dem Gebiet der Pflegewissenschaften schon sehr weit ist, steckt die Forschung in den Therapiebereichen noch in den Kinderschuhen. Dementsprechend schwierig gestaltet sich auch die Etablierung von Therapiestudiengängen. Herr Rottenecker erläutert beispielsweise, dass ausgeschriebene Professuren teilweise nicht besetzt werden können, weil akademische Strukturen und damit auch ausgebildete Fachkräfte fehlen. Er sieht die Notwendigkeit einer Übergangsphase zur Etablierung notwendiger Strukturen einerseits und zur Weiterentwicklung bestehender Strukturen bzw. vorhandener Organisationen andererseits. Auch seine Wahrnehmung ist, dass akademisch ausgebildete Therapeuten gern von Einrichtungen übernommen werden. Begründet wird dies mit einer größeren Selbständigkeit, da an den Hochschulen mehr Raum für Vermittlung von Wissen eingeräumt wird. Herr Rottenecker nutzt folgende Präsentation:

Akademisierungsoffensive in der
Gesundheitswirtschaft.
Voraussetzung einer gelungenen Akademisierung
in den Pflege- und Therapieberufen

J.Rottenecker, 29.06.2015

VDES – Verband Deutscher Ergotherapie e.V.

Mitglieder: 122 von derzeit 183 Schulen

Mitbegründer von **VAST**,
Verbund für Ausbildung und Studium in den
Therapieberufen,
ein Zusammenschluss von

- BDSL – Bundesverband Deutscher Schulen für Logopädie e.V.
- VLL – Verband Leitender Lehrkräfte an Schulen der
Physiotherapie e.V.
- und VDES

J.Rottenecker, 29.06.2015

**„Therapeuten sind keine Hilfsarbeiter für die Ärzte.
Sie sind Meister ihrer eigenen Kunst“!**

Franz Müntefering auf einer Podiumsdiskussion „Mehr
Verantwortung wagen“, Mai 2015

J.Rottenecker, 29.06.2015

Die Schul- bzw. Lehrerverbände sehen die Zukunft der Therapieberufe der Angleichung der Qualifikation an das übrige Europa, d.h. .

Gründe – ein sich wandelndes Gesundheitswesen verbunden mit wandelnden Anforderungen an die Professionen:



J.Rottenecker, 29.06.2015

Stichwörter:

- Demographischer Wandel und Veränderung des Krankheitsspektrums
- Komplexere Aufgaben
- Interprofessionelle Zusammenarbeit
- Versorgungssteuerung
- Patientenedukation und Beratung
- Prävention und Gesundheitsförderung

J.Rottenecker, 29.06.2015

Wir sehen uns konfrontiert mit der Forderung nach Wirksamkeitsnachweisen für unsere Therapien!

Wir haben aber

- keine Therapiewissenschaft
- keine Forschungsstrukturen
- Keine fachdidaktische Forschung.

Die Berufsfachschulen können keine Forschung leisten!

Daher brauchen wir akademische Strukturen zur Verbesserung unserer Leistungen und... zur Sicherung der Zukunft.

J.Rottenecker, 29.06.2015

Hinzu kommen „systemimmanente“ Probleme der derzeitigen Bildungsstrukturen:

- Sehr heterogene Qualität der Bildungsangebote
 - Lehrkräftequalifikation
 - Personalausstattung
 - ...
- Nahezu vollständige „Privatisierung“ der Ausbildungen (ca. 90% private Träger)
 - Schulgeld
 - Gewinninteressen
 - ...
- Deutlicher Bewerbersrückgang
 - Vergütung
 - Zukunftsperspektiven

J.Rottenecker, 29.06.2015

Die in der Einrichtungsbefragung aufgeführte Handlungsempfehlung „Steigerung der Attraktivität durch verstärkte Akademisierung“ wird von nahezu 60 % der BFS schon umgesetzt:

- Durch Kooperationen mit Hochschulen = Berufserlaubnis (Staatsexamen) und Bachelorabschluss.

Auch dabei dominieren kostenpflichtige Angebote privater Träger.

J.Rottenecker, 29.06.2015

Trotz aller genannten Probleme bilden die (engagierten) Schulen handlungsfähige, qualitativ gute Therapeuten aus und sichern damit zu eine gute Versorgung.

Die in dieser Arbeit gewonnen Erfahrungen wollen die Schulverbände in einer Übergangsphase zur „Vollakademisierung“ einbringen.

J.Rottenecker, 29.06.2015

Eine Übergangsphase ist u.E. nötig, weil

- Hochschulen eingerichtet bzw. ausgebaut werden müssen:
ET: ca. 10.000, PT: ca. 23.000, Logo.: ca. 3.800 (Ziller, BWP 2012)
- uns promovierte Berufsangehörige zur personellen Ausstattung der HS fehlen und
- Übergänge für die bestehenden Strukturen (BFS) geschaffen werden müssen.

J.Rottenecker, 29.06.2015

Die Vision

„Differenzierung von Kompetenzbereichen zwischen beruflich und akademisch gebildeten Fachkräften“
wird derzeit in den Berufs- und Schulverbänden der Therapieberufen nicht bzw. kaum diskutiert.

Es ist eher Angst der Praktiker vor einer Abwertung ihrer Abschlüsse durch die Akademisierungsentwicklung feststellbar.

J.Rottenecker, 29.06.2015

Abschließend noch eigene Erfahrungen:

- beide Ausbildungswege entlassen Berufsanfänger

Aber

- Die Rückmeldungen der Praktiker bestätigen eine erkennbar größere Selbständigkeit der Studierenden im Wissenserwerb.
- Die Bachelorarbeiten zeigen einen breiteren Blick auf das Feld, neue Arbeitsfelder und Aufgaben werden entdeckt.

J.Rottenecker, 29.06.2015



In der anschließenden Diskussion wurde im Wesentlichen besprochen, welche Hemmnisse bestehen bzw. welche Maßnahmen ergriffen werden müssen, um die eingangs formulierte Vision zu erreichen.

Unterstützung durch die Politik

Im Forum wurde die Frage gestellt, inwieweit die Politik den Akademisierungsprozess unterstützt. Von Seiten der Impulsgeber und auch aus dem Publikum kam die Bestätigung, dass die Politik die Notwendigkeit der Akademisierung sieht – erstens zur Verstärkung der Attraktivität der Berufe, zweitens zur Verbesserung der Qualität und drittens zur Verbesserung der Fachkräftesituation. Problematisch ist jedoch die Finanzierung der praktischen Umsetzung sowie der damit verbundenen Änderungen.

Schwierigkeiten bestehen auch in der konkreten Gestaltung der Rahmenbedingungen in Angleichung an europäische Standards. Frau Küster vom MASGF erläutert, dass im Ergebnis des Bologna-Prozesses eine Dauer von drei Jahren für einen Bachelor- und fünf Jahre für einen Masterabschluss festgelegt wurden. Um einen qualitativ hochwertigen Bachelorabschluss in der Pflege zu erhalten, müsste die Ausbildung jedoch eigentlich vier Jahre dauern.

Managementaufgaben vs. klinische Pflege

Die Teilnehmer des Forums bestätigen, dass eine akademisch basierte klinische Pflegeausbildung (mindestens) gleichgewichtig zur Wahrnehmung von Managementaufgaben zu betrachten ist. Eine Ausrichtung der akademischen Pflegeausbildung „weg vom Bett“ wird daher nicht befürwortet. Dennoch unterstreicht Frau Pilz (Pflegedirektorin Immanuel Klinikum Bernau Herzzentrum Brandenburg und Vorstandsmitglied des Bundesverbandes Pflegemanagement), dass es keine Verdrängung beruflich qualifizierter Fachkräfte durch akademisch ausgebildetes Pflegepersonal geben wird. Auch heute werden für akademisch ausgebildete Fachkräfte definierte Aufgaben bereits von entsprechend (weiter-)qualifiziertem Pflegepersonal ausgeübt. Frau Pilz betont, dass akademisch ausgebildetes Pflegepersonal

hier neben dem wissenschaftlichen Hintergrund auch über weitere Qualifikationen, insb. Führungskompetenzen und Praxiserfahrungen verfügen muss.

Aufbau therapeutischer Forschung

Wie Herr Rottenecker in seinem Impulsvortrag bereits beschrieben hat, fehlt in einigen Therapieberufen noch das nötige Forschungsfundament zur Begründung evidenzbasierter Therapien. Aus diesem Grund erlebt die Leistungserbringung (akademisch qualifizierter) Therapieberufe eine stärkere Konkurrenzsituation sowie eine stärkere Anfechtung der Akademisierung und der damit einhergehenden größeren Aufgabenbereiche als die Pflege. Der Forderung nach Wirksamkeitsnachweisen kann aufgrund fehlender Forschungsgrundlagen nur schwer entsprochen werden. Die Teilnehmer des Forums bestätigen dies und fordern für die Wissenssicherung die Schaffung einer breiteren Forschungsbasis. In diesem Zusammenhang wird auch kritisiert, dass die vielfältigen Modellprojekte auch einen schwer überschaubaren Wildwuchs an akademischen Ausbildungsangeboten und Studieninhalten verursacht haben, deren Systematisierung und Strukturierung als hilfreich angesehen wird.

Zusatzqualifikationen als Bestandteil der akademischen Ausbildung

Im Forum wurde die Frage aufgeworfen, ob die Zusatzqualifikationen, die bspw. in der Physiotherapie voraussetzend sind, in das Curriculum der Studiengänge einfließen. Ein Teilnehmer des Forums weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass diese Frage verschiedene Interessenlagen tangiert und derzeit noch politisch ausgehandelt wird. Die bereits etablierten, privatwirtschaftlich organisierten Weiterbildungsstrukturen stehen dabei dem Anliegen einer vollqualifizierenden akademischen Ausbildung gegenüber.

Einmündung der akademisch ausgebildeten Pflegekräfte

Eine Teilnehmerin des Forums beklagt, dass, obwohl in den meisten Krankenhäusern klar definiert werden kann, welche Aufgaben akademisch ausgebildete Pflegekräfte übernehmen sollen, kaum Konzepte zur konkreten Ausgestaltung der Einmündung vorliegen. Herr Holst erläutert, dass durch die im Rahmen der Einrichtungsbefragung und der durchgeführten Workshops gewonnenen Erkenntnisse Defizite sowohl in der praxisnahen Ausbildungsgestaltung, als auch in der Ausgestaltung erforderlicher Personaleinsatzkonzepte sichtbar geworden sind. Zahlreiche Gesprächspartner in Krankenhäusern bestätigten, dass akademisch ausgebildete Pflegekräfte derzeit oftmals ähnliche Aufgaben ausüben wie Pflegekräfte mit beruflichem Abschluss. Viele Mentoren und Anleiter müssen sich noch auf die mit der Akademisierung einhergehenden neuen Anforderungen einstellen. Herr Rottenecker erläutert, dass es wichtig ist, dass sich die Anleiter auf diese neue Gruppe an Pflegekräften umstellen und die Ressourcen, die diese Nachwuchskräfte mitbringen, nutzen. Dafür bieten einige Hochschulen Anleiterkonferenzen bzw. Anleiterschulungen an. Laut Herrn Rottenecker sind diese für die Pflege bereits selbstverständlich, bei den Therapieberufen besteht hier teilweise noch Nachholbedarf. Herr Westphal unterstreicht diesbezüglich auch noch einmal, dass die Bereitschaft der Einrichtungen und Praxen, akademische Nachwuchskräfte aufzunehmen, hoch ist. In der Praxis fehlt jedoch die adäquate Aufgabenzuteilung. In den meisten Fällen „laufen die Studierenden einfach mit“. Ziel muss es sein, adäquate Lernanlässe für akademische Nachwuchskräfte auch in den Einrichtungen zu schaffen. Herr Holst schlägt vor, hier einen regelmäßigen Austausch zwischen Einrichtungen und Hochschulen zu

etablieren, um die gegenseitigen Erfordernisse zu kommunizieren und eine erfolgreiche Einmündungsphase zu gestalten. Herr Westphal erläutert die Notwendigkeit, alle Akteure bei der Generierung von Rahmenbedingungen in den Einrichtungen an einen Tisch zu holen. Dazu zählt auch die Ärzteschaft. In diesem Zusammenhang fordern zwei Teilnehmer des Forums auch eine stärkere berufsständische Vertretung der Pflege durch eine eigene Kammer.

Als Fazit der Diskussion stellt Herr Holst fest, dass die formulierte Zukunftsvision der Akademisierung der Pflege- und Therapieberufe um den Aufbau entsprechender Forschungsstrukturen für die Therapieberufe, die Gestaltung praxisnaher Studieninhalte, die strukturierte Einmündung in die berufliche Tätigkeit sowie eine gesicherte Finanzierung im Kontext von Qualitätssicherung und Kostendruck ergänzt werden muss.

Forum 5:

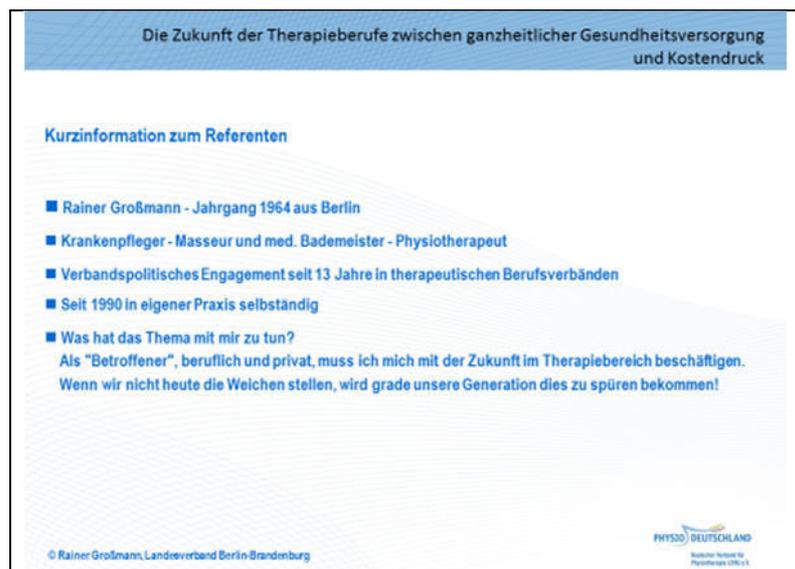
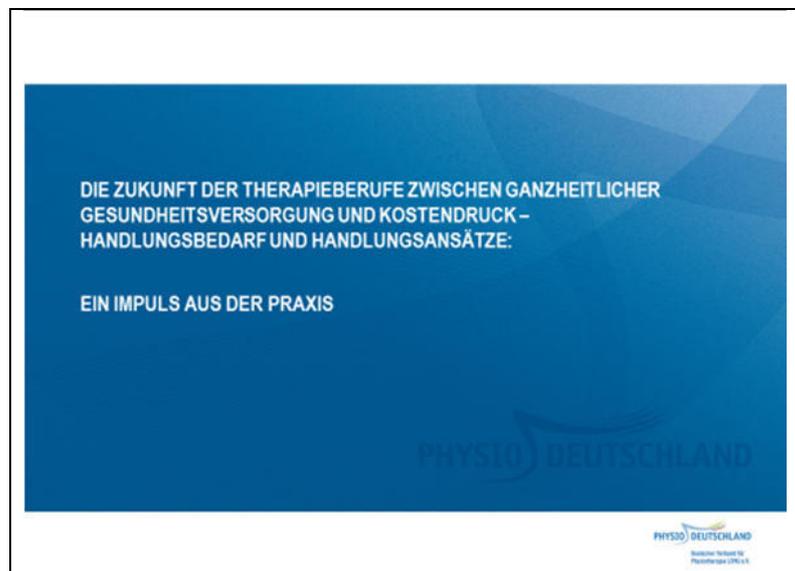
Die Zukunft der Therapieberufe zwischen ganzheitlicher Gesundheitsversorgung und Kostendruck – Handlungsbedarfe und -ansätze in den Therapieberufen

Moderation: Carsten Welker (SÖSTRA)

Impuls 1: Rainer Großmann (Deutscher Verband für Physiotherapie Landesverband Berlin-Brandenburg e.V.)

Impuls 2: Amrei Lemke (Zentralverband der Podologen)
Rolf Schneider (Zentralverband der Podologen)

Impulsvortrag Herr Großmann – Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK), Landesverband Berlin Brandenburg:



Die Zukunft der Therapieberufe zwischen ganzheitlicher Gesundheitsversorgung und Kostendruck

SKIZZIEREN DER VORGEHENSWEISE

- Aspekt 1: Beschäftigungsentwicklung und Struktur (Ableitungen, Forderungen/Notwendigkeiten)
- Aspekt 2: Zunehmender Verwaltungsaufwand (Ableitungen, Forderungen/Notwendigkeiten)
- Fazit
- Visionen (denkbare Maßnahmen/Forderungen)
- Überleitung in den kollegialen Austausch/Diskussion

© Rainer Großmann, Landesverband Berlin-Brandenburg

PHYSIO DEUTSCHLAND
Bundesverband für
Physiotherapeuten e.V.

Die Zukunft der Therapieberufe zwischen ganzheitlicher Gesundheitsversorgung und Kostendruck

Aspekt 1: Beschäftigungsentwicklung und -struktur

- 15.000 Personen sind in der Berlin-Brandenburger Region in der Physiotherapie beschäftigt (2012)
- etwa 3.700 davon sind Selbständige
- Es handelt sich um eine wachsende Branche! Laut Angaben der Bundesagentur für Arbeit liegt seit 2012 kontinuierlich eine positive Beschäftigungsentwicklung vor.
- Die Beschäftigten weisen ein hohes Qualifikationsniveau auf.
- hoher Frauenanteil: 79,3% (2013, Quelle Bundesagentur für Arbeit)
- hohe Teilzeitquote: 49,1% (2013, Quelle Bundesagentur für Arbeit)
- Es handelt sich um einen sehr „jungen“ Beruf: 44,8% der Beschäftigten sind unter 35 Jahre alt (Dies bezieht sich allerdings auf die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, nicht auf die Selbständigen!)
- Relevante Lohnunterschiede zwischen Berlin und Brandenburg
- Dramatische Lohnentwicklung in den letzten Jahren (zw. 2000 und 2010)

© Rainer Großmann, Landesverband Berlin-Brandenburg

PHYSIO DEUTSCHLAND
Bundesverband für
Physiotherapeuten e.V.

Die Zukunft der Therapieberufe zwischen ganzheitlicher Gesundheitsversorgung und Kostendruck

Berlin: Rückgang um 10,5%

Brandenburg: Rückgang um 3,9%

UND DIES BEI EINEM STETIGEN BESCHÄFTIGUNGSZUWACHS,
der infolge des geplanten Präventionsgesetzes noch steigen dürfte!

- Mittlerweile sind klare Anzeichen eines Fachkräftengpasses nicht nur erkennbar, sondern auch spürbar!
Folgen für die Praxis:
 - Offene Stellen in den therapeutischen Praxen
 - keine Termine für Patienten
- Fachkräftebedarf aufgrund von Fluktuation!
 - Ursachen der Fluktuation?
 - Folgen für die betrieblichen Praxisabläufe + die Berufsbiografie des einzelnen Mitarbeiters
- Verbleib im Beruf:
ca. 10-17% sind 15 Jahre nach Ausbildungsabschluss nicht mehr im Beruf tätig!

© Rainer Großmann, Landesverband Berlin-Brandenburg

PHYSIO DEUTSCHLAND
Bundesverband für
Physiotherapeuten e.V.

Die Zukunft der Therapieberufe zwischen ganzheitlicher Gesundheitsversorgung und Kostendruck

Aspekt 2: Zunehmender Verwaltungsaufwand

- Therapeuten müssen zunehmend Kontrollaufgaben übernehmen
- Eine bayerische Studie hat ergeben, dass pro Heilmittelverordnung eine pauschale Verwaltungskostenpauschale von 8,-€ notwendig wäre
- Ableitung/Folgen für die Praxis:
 - ➔ Weniger Zeit für die Therapie
 - ➔ Zusätzliche Kosten für eine Verwaltungsfachkraft

© Rainer Großmann, Landesverband Berlin-Brandenburg

PHYSIO DEUTSCHLAND
Bundesverband für
Physiotherapeuten (BfPT)

Die Zukunft der Therapieberufe zwischen ganzheitlicher Gesundheitsversorgung und Kostendruck

PERSONALENTWICKLUNG (Fachkräftegewinnung und -bindung):

Rückgang der Auszubildenden zwischen 2005/06 und 2012/13 um 35%

- Deutlichster Rückgang im Vergleich mit anderen Gesundheitsberufen!
Ursachen:
 - ➔ Nicht erst die negative Vergütungssituation, schon die teure Aus- und Weiterbildung ist ein Hemmnis!
 - ➔ Möglichkeiten der Personalgewinnung werden unzureichend genutzt (Praktika, Kooperation mit Agentur für Arbeit,...)
- Hoher Aufwand für Personalbindung notwendig!
Und dies bei sehr begrenzten Handlungsspielräumen der Arbeitgeber! Konkurrenzdruck!
- Dilemma: Ausbildung sichert nicht immer die auf dem Arbeitsmarkt geforderten Kompetenzen!

© Rainer Großmann, Landesverband Berlin-Brandenburg

PHYSIO DEUTSCHLAND
Bundesverband für
Physiotherapeuten (BfPT)

Die Zukunft der Therapieberufe zwischen ganzheitlicher Gesundheitsversorgung und Kostendruck

Visionen:

- Etablierung der Therapeuten als gleichberechtigter Partner mit einer hohen Handlungsautonomie in der Prävention und Patientenversorgung
- Kompetenzausweitung der Therapieberufe (Direktzugang/Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten in einem klar definierten Rahmen)
- bessere Vergütungsstrukturen = angemessene Entlohnung
- Schulgeldfreiheit für alle Therapieberufe

© Rainer Großmann, Landesverband Berlin-Brandenburg

PHYSIO DEUTSCHLAND
Bundesverband für
Physiotherapeuten (BfPT)

Die Zukunft der Therapieberufe zwischen ganzheitlicher Gesundheitsversorgung und Kostendruck

Denkbare Maßnahmen (Vorschläge):

- Aufbau einer gemeinsamen professionellen Interessenvertretung für alle Therapieberufe (Heilberufekammer?)
- Gemeinsames Agieren von Branchen- und Berufsverbänden
- Kampagne zur Aufhebung der Grundlohnsummenbindung
- Aufhebung des Ost-West-Lohnunterschiedes (25 Jahre nach der Wende)
- Bedarfsgerechte kostenfreie Erstausbildung und Förderprogramme für verpflichtende Weiterbildungen
- Beteiligung an Gesundheitsnetzwerken (Verbesserung der Kommunikation betreffend der Interessen der Therapieberufe in einer bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgungsstruktur)

© Rainer Großmann, Landesverband Berlin-Brandenburg



Die Zukunft der Therapieberufe zwischen ganzheitlicher Gesundheitsversorgung und Kostendruck

PHYSIO-DEUTSCHLAND kämpft bereits für folgende Ziele:

- Direktzugang als Physiotherapeut (zunächst ausschließlich im Selbstzahlerbereich)
 - Ziel: Erlaubnis zum Direktzugang muss in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung integriert sein bzw. eine Fortbildung für Physiotherapeuten angeboten werden
- Verkammerung (Heilberufekammer)
- Schulgeldfreiheit
- bessere Vergütung und Wertschätzung der Therapieberufe (Kampagne 38,7%)

Wie sehen Sie die Zukunft unserer Therapieberufe?

Freue mich auf die Diskussion mit Ihnen in diesem Forum!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit 😊

© Rainer Großmann, Landesverband Berlin-Brandenburg



Potsdam

29.06.2015

Freie Gesundheitsmarktwirtschaft Entwicklung der Gesundheitsfachberufe - die Differenz zwischen Qualifikation und Berechtigung

Rolf Schneider

(c) Rolf Schneider 2015

Ein paar Fakten...

- Die Überalterung nimmt weiter zu, die Morbidität steigt → Fachkräftemangel
- Es fehlen in den nächsten Jahren immer mehr Ärzte zur Grundversorgung
- Über 50% der Erstkonsultationen benötigen zunächst keine ärztliche Intervention → Fachkräfte
- Mangelnde Entlohnung der Fachkräfte
- HP-Gesetz hemmt Zugang zum Patienten

(c) Rolf Schneider 2015

Frage



- **Wer stellt die Gesundheitsversorgung der Zukunft sicher?**
- **Wie reagieren die Verantwortlichen ?**

(c) Rolf Schneider 2015

Die Normative Kraft des Faktischen oder von der Ausnahme zur Regel.

- Ärzte bedienen die Fälle, die einer ärztlichen (invasiven) Diagnostik bedürfen bzw. verordnen rezeptpflichtige Medikamente.
- Andere Gesundheitsfachberufe, Physiotherapeuten, Podologen, usw. - nehmen sich der Patienten ihres Fachbereichs an.

(c) Rolf Schneider 2015

HP-Gesetz behindert dies
zunächst



(c) Rolf Schneider 2015

Wegweisend - Patientenrechtegesetz

- Dokumentationspflichten
- Förderung der Fehlervermeidungskultur
- (auch Erfassung s. g. „Beinahe“-Fehler);
- Kodifizierung eines umfassenden Haftungssystems
- Stärkung der Verfahrensrechte der Pat. bei Behandlungsfehlerverdacht

(c) Rolf Schneider 2015

Folgen?

- Mehr Verantwortung beim Therapeuten
- Strengere Maßstäbe an Qualifikation
- **Überwachung der Qualitätsstandards in der Ausbildung → Aufgabe: basale Qualifikationen und Tätigkeiten definieren !!!**
- Strengere Reglementierung (wer darf was)?
- Kostenübernahme von Behandlungen nach höherer Qualifizierung der Therapeuten?
- Beiträge der Berufshaftpflicht werden steigen

(c) Rolf Schneider 2015

Wünsche / Ziele der Berufsverbände

- Änderung der Berufeordnung?
Gesundheitsfachberufe bekommen eine Art Approbation, die eigenständige Behandlung erlaubt ?



(c) Rolf Schneider 2015

Zeitfaktor



(c) Rolf Schneider 2015

Reale, aktuelle Möglichkeit ...

- **Das Heilpraktikergesetz**

(c) Rolf Schneider 2015

Heilpraktiker-Gesetz

- 1939
- regelt Tätigkeit der Heilkundigen
- legt Berufsbezeichnung fest
- führt Absolventen in die Kurierfreiheit
- Ausbildung nicht staatlich geregelt
- freier Heilberuf
- **Kurierfreiheit arztähnlich, Erlaubnis mündet in Berechtigung jedoch ohne geregelte Qualifikation**

(c) Rolf Schneider 2015

Lösung: sektoraler Heilpraktiker?

- Legalisierter Zugang zum first access
- **Therapeutische Verantwortung (Gesetz)**
- Schutz der Gesundheitsfachberufe / Therapeuten
- Beheben des Fachkräftemangels
- Selbstzahlermentalität stärken und dadurch öffentl. Gesundheitssystem entlasten

(c) Rolf Schneider 2015

Gesundheitswirtschaft von Morgen?

Ärzte, Zahnärzte, promovierte Therapeuten (Physio, Ergo, Podo)

- Akademischer Oberbau

Gesundheitsfachberufe zusätzl. mit B. oder M. Abschluss (+ HP-Erlaubnis oder First Access durch Änderung der Berufsordnung)

- Mittelbau/ semi-akademisch

Basis: Gesundheitsfachberufe (Lehre), Heilpraktiker mit zertif. Therapie- Abschluss

- Basis / Unterbau/ Heilmittelerbringer

(c) Rolf Schneider 2015



(c) Rolf Schneider 2015

- Dieses Modell setzt aber gemeinsame, nachvollziehbare Qualitätsbestrebungen der Verbände voraus, die selbständig und vorzeitig initiiert werden müssen.
- In einer Zeit, in der es ob der Entwicklung (noch) die Möglichkeit gibt, Leistungen zu beschreiben, Pfade auszutreten, kann man auf die normative Kraft des Faktischen hoffen.

(c) Rolf Schneider 2015

Wie?

- Alle Akteure müssen frühzeitig Signale setzen
Bestreben erkennen lassen, agieren zu wollen.
- Gesundheitsdienstleistungen im jeweiligen
Segment müssen beschrieben, mit Kante und
Schliff versehen werden
- Leistungen gegeneinander vergleich- und
insgesamt integrierbar machen

(c) Rolf Schneider 2015

HP sek. und was dann?

- Von der Ausnahme zur Regel - die
normative Kraft des Faktischen.
- **Aktives Vorantreiben der Entwicklung
einer Haltung zwischen Qualifikation
und Berechtigung.**

(c) Rolf Schneider 2015

- HP sek Podologie mit „Kante und Schliff“
versehen
- Angebot der zielorientierten
Kommunikation durch bessere
thematische Vernetzung der Verbände
- Erstellung eines „Leistungsverzeichnis
HPsek“ analog Leistungsverzeichnis der
Heilpraktiker GebÜH

(c) Rolf Schneider 2015

1

- Scharfe Definierung der Leistungen und dabei größtmögliche Freiheit anstreben
- (neue) Tätigkeitsfelder definieren!
- Eigene Kommission zur Rechtslage und Qualität bilden **BEVOR** von der Regierungsseite Restriktionen kommen.
- genaue Abgrenzung des HPsek **rechtlich ausloten!** Beispiel Knabberfische!

(c) Rolf Schneider 2015

2

- Regelungslücke derzeit sehr präsent => schafft Freiräume für eigene Gestaltung
- Welche zusätzlichen therapeutischen Angebote dürfen u.U. angeboten werden (Fußreflexzonenmassage usw.)
- Orthonyxie (Nagelkorrekturspangen)
- Orthosen (Nagelprothetik)

(c) Rolf Schneider 2015

3

- Kommunikation mit den Krankenkassen, Bundesversicherungsamt genehmigt Leistungen ohne wirkliches Fach- und Rechtswissen!
- HP und HP sek sind freie Berufe, doch Einschränkung HP sek durch Curriculum => Definitionsbedarf! Bewusstsein schärfen! Grenzen klären u. ggf. selbst definieren!

(c) Rolf Schneider 2015

„Politische“ Arbeit

- Kontinuierliche Information über die bundesweite Entwicklung an die Entscheidungsträger
- Kommunikation mit Referaten für Gesundheitsfachberufe in den Ministerien
- Gesprächsbereitschaft und –bedarf mit den „Entscheidungsträgern“ in den Ministerien signalisieren

(c) Rolf Schneider 2015

Nachqualifikationskurse
bereits jetzt, entlang der
schon bestehenden
Richtlinien,
planen.

(c) Rolf Schneider 2015

Möglichkeit
Akademisierung?



(c) Rolf Schneider 2015

Aus der Broschüre
**Hochschulische Ausbildung in den Pflege- und
Gesundheitsfachberufen**

- “Die Erfahrungsberichte der beteiligten Akteure zeigen auf, dass **die Integration der hochschulischen Ausbildungen in das Gesundheitssystem** bereits begonnen hat. Damit können hochschulische Ausbildungen dazu beitragen, auf die wachsenden Anforderungen des Gesundheitssystems gezielt zu reagieren.“

Quelle: <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mgepa/hochschulische-ausbildung-in-den-pflege-und-gesundheitsfachberufen/1621>

(c) Rolf Schneider 2015

Bachelor-Studium

- Bachelor of Science, BSc.
- Dreijähriges berufsbegleitendes Studium
- Integration von Fachausbildung und Studium ?

 Steinbeis-Transfer-Institut
Akademie für komplementäre
Medizin und Medizinpädagogik
der Steinbeis-Hochschule Berlin gGmbH

(c) Rolf Schneider 2015

Problem!



Die Absolventen (Bachelor, Master) suchen besser dotierte Beschäftigungen jenseits der Praxis.
Sie stehen dem podol. Tätigkeitsfeld nicht mehr zur Verfügung.

(c) Rolf Schneider 2015

Entwicklungen in der Bildungspolitik

- Lebenslanges Lernen DQR auch für Gesundheitsberufe
- Behandlungsspektrum erweitern
- Hochschulische Abschlüsse münden nur in Qualifikation **n i c h t** in eine Berechtigung?
- Akademisierung der Gesundheitsberufe wird massiv vorangetrieben --> Einnahme für private Hochschulen
- Wieviel Akademiker braucht die Podologie?

(c) Rolf Schneider 2015

Niveauintikator			
Anforderungsstruktur			
Fachkompetenz		Personale Kompetenz	
Wissen	Fertigkeiten	Sozialkompetenz	Selbständigkeit
Tiefe und Breite	Instrumentale und systemische Fertigkeiten, Beurteilungsfähigkeit	Team-/Führungsfähigkeit, Mitgestaltung und Kommunikation	Eigenständigkeit/Verantwortung, Reflexivität und Lernkompetenz

Fazit zum DQR:

- Jede schulische und individuelle Anstrengung erhöht die Kompetenz und wird in die Bewertungskriterien einbezogen.
- Formales und informelles Lernen angerechnet.

(c) Rolf Schneider 2015

- Es heißt bei Marie von Ebner-Eschenbach:

„ Zwischen Können und Tun liegt ein Meer und auf seinem Grunde gar oft die gescheiterte Willenskraft.“

(c) Rolf Schneider 2015

Haltung der Therapeuten

- erlernten Therapieautismus überwinden
- Therapeuten dürfen Geld verdienen
- Geld darf Motivation sein
- Eigene Ressourcen definieren
- Kreativität zulassen
- Leistung kostet, mehr Leistung kostet mehr

(c) Rolf Schneider 2015

Forderungen

- Grundlohnsummenbindung weg
- Änderung der Berufeordnung → First access to Patient definieren
- Klare Beschreibung der Zugangsrechte und Pflichten zum Patienten und Kodifizierung einer gerechten Gebührenordnung

Die Grundlohnsumme ist das zentrale Bemessungsinstrument für die Lohnentwicklung im Gesundheitsbereich und gleichzeitig Haupteinnahmequelle des Gesundheitsfonds, da sie die Gesamtsumme aller beitragspflichtigen Einkommen bildet. Diese werden zunächst direkt an den Gesundheitsfond gezahlt und im Anschluss nach einem bestimmten Schlüssel an die Krankenkassen verteilt.

(c) Rolf Schneider 2015

Leistung muss sich lohnen!

- Gesundheitsdienstleistungen an die Gesetze des freien Markts orientieren lassen → Gesetzgeber
- Qualifizierte Leistungen besser bezahlen
- Selbstzahlermentalität zulassen und stärken
- → Höheren Verdienste
- → höhere Attraktivität am Berufsfeld
- → steigende Interessenten für Therapieberufe

(c) Rolf Schneider 2015



Herr Welker bedankt sich bei den Referenten und stellt fest, dass sich die Vorträge im Grunde mit der Frage beschäftigen, welche Handlungsspielräume für die Therapieberufe auf Grundlage der gesetzlichen Rahmenbedingungen bestehen. Aus dieser Fragestellung ergeben sich letztlich Diskrepanzen zu den eigentlichen Fähigkeiten und den Berechtigungen. Herr Welker stellt auch noch einmal die Frage ans Publikum, inwiefern der in den Vorträgen genannte Direktzugang als eine sinnvolle Maßnahme anzusehen ist.

Herr Fox bemängelt, dass die Diskussion um das Thema Heilpraktiker in der Öffentlichkeit zwar angenommen wird, der Heilpraktiker aber außerhalb der Gesundheitsversorgung der Volksgesundheit stünde. Diese habe letztlich seine Ursache in der fehlenden Existenz einer definierten Ausbildung.

Frau Prof. Höppner stellt fest, dass die Herangehensweise auf Grundlage der Einrichtungsbefragung Maßnahmen und Handlungsschritte aus der Praxis heraus anzuregen von vornherein begrenzt ist, da jeder Teilnehmer eine andere ausschnittshafte Sichtweise aus dem eigenen Alltag mitbringt. Das führt zwangsläufig zu einem Neuaufschlag der Analyse. Zudem sei die Analyse bereits auch schon von anderen Akteuren angestellt worden etwa durch die Robert-Bosch-Stiftung in Form eines Papiers mit dem Titel „Berufe neu denken“.

In folgenden Punkten stimmt Frau Prof. Höppner den Aussagen aus Herrn Schneiders Vortrag ausdrücklich zu. Zum einen sind die Gesundheitsberufe an verschiedenen Stellen in ihrer Kreativität begrenzt. Das Potenzial, das einer Gesundheitsversorgung eigentlich zur Verfügung stünde, kann so nicht zur Anwendung kommen. Des Weiteren unterliegen wir in Deutschland einer verhältnismäßig alten Gesetzgebung. Zudem stelle Frau Prof. Höppner fest, brauchen wir die Akademisierung. Allerdings sollte dies nicht dazu führen die Berufe in Hilfsberufe und andere nur noch administrative tätige Berufsbilder zu unterteilen. Die Bachelor-Ausbildung in Deutschland und auch international gehe jedoch nicht von einer Spezialisierung aus, sondern sei für die Patientenversorgung gedacht. Und schließlich betont Frau Prof. Höppner die Qualifikation stehe in einem großen Spannungsverhältnis zur Berechtigung. Man dürfe jedoch nicht vergessen, dass es auch Therapeuten gibt die den Direktzugang zum Patienten gar nicht haben möchte.

Herr Welker stellt die These auf, dass das Konfliktfeld von Qualifikation und Berechtigung, aber auch die Frage der Akademisierung könnten zu der möglichen These führen, dass nur Akademiker den Direktzugang erhalten sollten. Aus den heutigen Vorträgen sei die These hervorgegangen, dass es zur Lösung des Konflikts von Qualifikation und Berechtigung eines Direktzugangs bedarf.

Frau Kern merkt an, dass in der bisherigen Diskussion weder die Ergotherapeuten noch die Logopäden wohl aber die Physiotherapeuten und Podologen zu Wort gekommen seien. Zuerst müssen jedoch alle Differenzen unter den Berufsgruppen geklärt werden. Dies muss unbedingt geschehen bevor man das Thema des Direktzugangs diskutiert.

Frau Wortmann wirft ein, in diesem Forum nicht die Unterschiede zwischen den einzelnen Therapieberufen diskutieren zu wollen. Die Zielsetzung müsse vielmehr sein, sich gemeinsam zu überlegen, welche Schlüsse aus der Einrichtungsbefragung zu ziehen sind und welche gemeinsamen Ziele man verfolgen. Insofern sei die heutige Veranstaltung nur ein erster Schritt.

Herr Welker räumt ein, dass es nicht möglich ist alle Berufe umfänglich darzustellen. Die angesprochen Vision ist jedoch geeignet, Gemeinsamkeiten und Unterschiede festzustellen. Man könnte beispielhaft an der Akademisierung diskutieren, welche unterschiedlichen Konsequenzen sich in den verschiedenen Berufsbildern ergäben. Grundsätzlich ist die Akademisierung sowohl im Vortrag von Herrn Großmann als auch bei Herrn Schneider als eine Maßnahme erkennbar geworden, die geeignet ist, die Attraktivität des Berufes zu erhöhen.

Herr Fox schlägt vor, erst einmal eine gemeinsame Themensammlung anzulegen über die diskutiert werden soll. Das könnten der Direktzugang und die Akademisierung sein, wobei die Akademisierung bereits in Forum 4 behandelt wird. Bevor über den Direktzugang gesprochen wird, müsse man definieren, was man darunter versteht. Zwar ist der Direktzugang eine Möglichkeit ohne Rezept zu arbeiten, bedeute aber nicht, dass es dafür auch eine gesetzliche Regelung im GKV-Bereich gibt. Es muss also geklärt werden, ob man grundsätzlich einen Direktzugang innerhalb oder außerhalb des GKV- Systems will. Es muss also über die Modelle des Direktzugangs in der GKV gesprochen werden.

Herr Weiß bemerkt, dass der Direktzugang nur eine Möglichkeit sei den Beruf attraktiver zu machen. Eine weitere Möglichkeit sei die Abschaffung des Schulgeldes. Wenn nur die Krankenhäuser finanzierte Ausbildungsplätze haben, bleiben der Reha-Bereich und der ambulante Bereich zurück.

Frau Kern möchte die Idee von Herrn Fox aufgreifen und für eine Aufstellung einer Themenliste werben. Möglicherweise wäre dies anhand der Visionen zu tätigen, diese sind ja bereits mit Schlagworten besetzt. Frau Kern mahnt zudem an, dass es zu geringwertig wäre mit nur einem Thema wie beispielsweise dem Direktzugang auf die Politik zuzugehen. Dazu bräuchte man ein ganzes Paket an Maßnahmenvorschlägen.

Herr Welker schlägt vor die Maßnahmen aus dem Vortrag von Herrn Großmann zu diskutieren und die spezifischen Sichtweisen aufzuwerfen. Eine Maßnahme ist hier der Aufbau einer gemeinsamen Interessenvertretung für alle Therapieberufe.

Herr Großmann erklärt, wie wichtig die Zusammenarbeit unter den Therapieberufen gerade unter den Berufsverbänden ist. Eine Heilberufekammer wäre eine gute Maßnahme nach dem

Beispiel der Pflegekammer. Teilweise sei bereits die Alternative diskutiert worden sich der Pflegekammer anzuschließen. Der ZVK sieht in einer Heilberufekammer eine Möglichkeit mehr politische Möglichkeiten zu erlangen.

Herr Schneider stellt fest, dass sich die Diskussion letztlich auch um das Geld verdienen dreht. Die Budgets über die Beiträge der Versicherten seien doch von vornherein begrenzt. Dem Therapeuten bliebe letztlich nichts anderes übrig als in die Privatwirtschaft zu gehen.

Herr Fox betont seine Vertretungsfunktion der Physiotherapeuten und stellt fest, dass diese natürlich auch ein ökonomisches Interesse haben. Nichtsdestotrotz gelte es jedoch auch ein Berufsbild zu vertreten. Eine Kammer würde dabei helfen die Funktion der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen wahrzunehmen. Dieses könnte dann auch die Stellung der Therapieberufe in der Gesellschaft erhöhen. Die Kammer könnte bestimmte politische Aufgaben übernehmen und Akzente setzen in Angelegenheiten der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Eine Kammer würde den professionellen Beruf der Therapeuten gesellschaftspolitisch verorten. Das mache es dann auch leichter, die ökonomischen Aspekte und auch das Thema der Attraktivität des Berufs zu behandeln.

Frau Prof. Höppner stellt dar, dass es um die Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung und die Existenzsicherung der Heilberufe geht. Es gibt bereits viele Gremien die sich mit diesen Fragen auseinandergesetzt haben. Beispielsweise der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten aus dem Jahre 2007 mit dem Namen „Verantwortung und Kooperation“. Was aber fehlt ist ein koordinierendes Gremium das Arbeitsmarkt- und Bildungsfragen klärt. Dieses Gremium müsse jedoch nicht zwangsläufig eine Kammer sein. Grundsätzlich sollte man sich auf den Aufbau einer politischen Kraft konzentrieren.

Frau Kern mahnt an, dass letztlich alle verpflichtet wären einer solchen Kammer anzugehören und dafür Beiträge zu bezahlen. Die stellte sich die Frage nach der weiteren Existenzberechtigung der Berufsverbände.

Herr Fox bemerkt, dass es bereits Mehrberufekammern gibt. Diese hätten durch eine Bündelung eine größere Interessenvertretung. Die Beiträge wären umso geringer je mehr Mitglieder es gäbe.

Frau Kern bedauert, dass es heute nicht gelungen ist die Maßnahmenvorschläge von Herrn Großmann abzuarbeiten und festzuhalten, in welchen Punkten man einer Meinung ist. Das hätte es möglich gemacht, sich unter den Verbänden zu treffen und ein gemeinsames Statement zu verfassen und damit an die Bundespolitik heranzutreten.

Herr Welker fasst zusammen, dass eine Fülle von Einzelaspekten besprochen wurde. Es gibt jedoch durchaus ähnliche Perspektiven. Möglicherweise ist die Liste der Vorschläge von Herrn Großmann eine gute Grundlage, um sich über die vier Berufsverbände zu treffen und gemeinsam zu bestimmten Themen zu positionieren. Die Frage nach der weiteren Verwendung des Positionspapiers schlägt möglicherweise eine Brücke zu einer gemeinsamen Interessenvertretung.

Impressum

Titel

Ergebnisprotokoll der Abschlussveranstaltung zur „Einrichtungsbefragung zur Situation in ausgewählten Gesundheitsfachberufen in Berlin-Brandenburg“ am 29. Juni 2015 im Potsdamer Inselhotel Hermannswerder

Autoren

Dr. Carsten Kampe (ZAB ZukunftsAgentur Brandenburg GmbH)
Team Regionalbüros für Fachkräftesicherung

Herausgeber

ZAB ZukunftsAgentur Brandenburg GmbH

ZAB Arbeit

Regionalbüros für Fachkräftesicherung

Steinstraße 104-106, 14480 Potsdam

Telefon: +49 331 20 02 91 35

Telefax: +49 331 20 02 91 70

Internet: www.zab-arbeit.de

Download: http://fis.zab-brandenburg.de/fis/cms/fis/Analysen/Branche_Analysen/Einrichtungsbefragung.html

Copyright

ZAB ZukunftsAgentur Brandenburg GmbH

Alle Rechte vorbehalten.

September 2015

Layoutbearbeitung

Jörn Hänsel, ZAB Arbeit

Hinweis

Die Publikation wurde durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds und des Landes Brandenburg finanziert.

Europäischer Sozialfonds – Investition in Ihre Zukunft



**ZAB ZukunftsAgentur
Brandenburg GmbH**

Steinstraße 104-106
14480 Potsdam

Tel. 0331 660 30 00

Fax 0331 660 38 40

info@zab-brandenburg.de

www.zab-brandenburg.de

www.fachkraefteportal-brandenburg.de



**Berlin Partner für Wirtschaft
und Technologie GmbH**

Fasanenstraße 85

10623 Berlin

Tel. 030 46302 500

info@berlin-partner.de

www.berlin-partner.de

www.businesslocationcenter.de



**EUROPÄISCHE UNION
Europäischer Sozialfonds**



**LAND
BRANDENBURG**
Ministerium für Arbeit,
Soziales, Gesundheit,
Frauen und Familie

Die Publikation wurde durch das Ministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit, Frauen und Familie aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds
und des Landes Brandenburg finanziert.

Europäischer Sozialfonds – Investition in Ihre Zukunft