

Generalistische Ausbildung in der Pflege



Stark für
die Pflege



DBfK

Deutscher Berufsverband
für Pflegeberufe

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) – gegründet 1903 - ist die berufliche Interessenvertretung der Gesundheits- und Krankenpflege, der Altenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

Der DBfK ist deutsches Mitglied im International Council of Nurses, in European Federation of Nurses Associations, Gründungsmitglied des Deutschen Pflegerates sowie Trägerverband des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	2
<i>Einführung und Zusammenfassung</i>	
<i>Franz Wagner</i>	<i>3</i>
<i>1. Generalisierung der Pflegeausbildung aus Perspektive der Pflegeforschung – Plädoyer für eine sachliche Debatte über die Qualifikation zur Pflege für Menschen aller Altersgruppen Prof. Dr. Frank Weidner.....</i>	<i>5</i>
<i>2. Generalistische Ausbildung in der Perspektive Europa Gertrud Stöcker</i>	<i>11</i>
<i>3. Generalistische Ausbildung aus Perspektive eines Altenpflegers Stefan Werner.....</i>	<i>14</i>
<i>4. Die Zukunft pflegerischer Versorgung – welche Ausbildung braucht die Praxis? Dr. Beate Groß.....</i>	<i>17</i>
<i>5. Generalistische Ausbildung aus der Perspektive Pädagogik Prof. Dr. Margarete Reinhardt</i>	<i>21</i>
<i>6. Generalistische Ausbildung aus der Perspektive einer Altenpflegeschule Ursula Klotz</i>	<i>25</i>
<i>7. Generalistische Ausbildung aus der Perspektive Modellprojekte und Schulleitung Christine Vogler.....</i>	<i>28</i>
<i>8. Generalistische Ausbildung – eine Zukunftsperspektive für die Pflegeberufe? Claudia Ott</i>	<i>32</i>
<i>Auszug Literatur</i>	<i>36</i>
<i>Autoren/innen.....</i>	<i>38</i>

Vorwort



Es ist unter Fachleuten unbestritten, dass die Anforderungen an die Versorgung im Gesundheits- und Pflegewesen sich rasant verändert haben und weiter verändern werden. Das hat Auswirkungen auf die im Feld handelnden Berufe. Naturgemäß hinkt die Anpassung der Qualifizierung hinter den Veränderungen in der beruflichen Praxis hinterher. Auch die großen Ziele der Bildungsreformen – hier insbesondere der Anspruch, die Lernenden auf lebenslanges Lernen vorzubereiten – sind nur in Ansätzen realisiert.

Bereits in der letzten Legislaturperiode des Bundestages war eine Reform der Ausbildung in den drei Pflegeberufen angekündigt. Angesichts des Dissenses um die Regelung der Ausbildungskosten und der Diskussion um die Reform der Berufeanerkennungsrichtlinie der Europäischen Union kam es aber nicht zur Gesetzgebung. Aus Sicht des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe e.V. (DBfK) ist eine Reform im Sinne einer generalistischen Ausbildung unumgänglich. Alle Akteure sollten hier zusammenwirken, um ein möglichst gutes Ergebnis zu erzielen. Darin liegt eine große Chance.

Um der Diskussion mehr Substanz und Klarheit zu geben, hat der DBfK den vorliegenden Reader erstellt, in dem Expert/innen aus verschiedenen Blickwinkeln und durchaus unabhängig von einer Verbandsposition die tragenden Argumente pro Generalistik beleuchten.

Berlin, im Februar 2014

Prof. Christel Bienstein
DBfK-Präsidentin

Einführung und Zusammenfassung

Franz Wagner

Die Ursachen, die eine Veränderung der pflegerischen Praxis und somit eine Veränderung der Ausbildung für den Heilberuf Pflege erforderlich machen, sind vielfach beschrieben. Dazu gehören:

- Der demographische Wandel mit einer Zunahme älterer und einer gleichzeitigen Abnahme jüngerer Menschen, die die allgemeinbildenden Schulen verlassen.
- Epidemiologische Veränderungen mit einer Zunahme chronischer Erkrankungen, verbesserten Therapiemöglichkeiten bei chronisch Kranken und bei Hochaltrigen sowie einer Zunahme demenzkranker Menschen.
- Das Wissen in Medizin und Pflege wächst und erneuert sich in kürzer werdenden Zyklen.
- Es gibt einen Mangel in allen Gesundheitsprofessionen, der zusammen mit der Begrenzung materieller Ressourcen zu einer Neuverteilung von Aufgaben und damit veränderten Kompetenzprofilen, die ausgebildet werden müssen, zwingt.
- Wegen des Personalmangels muss in die Qualifizierung für eine möglichst lange Berufskarriere investiert werden. Das Modell der Ausbildung als theorieunterstützte Einarbeitung hat ausgedient.
- Es bedarf einer stärkeren Abstufung von Qualifizierungsebenen mit gleichzeitiger Absicherung der vertikalen Durchlässigkeit.

Die Antwort auf diese Herausforderungen ist die generalistische Ausbildung im Sinne

- einer Zusammenführung der bisher getrennten drei Pflegeausbildungen (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) zu einem neuen Berufsprofil.
- Der Abschluss führt zu einem einheitlichen Berufsabschluss und einer einheitlichen Berufsbezeichnung. Er erfüllt die Anforderungen der EU-Berufeankennungsrichtlinie 2013/55/EU und ermöglicht somit die automatische Anerkennung innerhalb der Europäischen Union.
- Spezialisierungen finden im Anschluss statt. Auch heute schon bereiten die Pflegeausbildungen nicht mehr für einen sofortigen Einsatz in allen Bereichen des Berufsfeldes vor. Das erfordert nach

dem Ende der Ausbildung und bei jedem Wechsel eine intensive Einarbeitung.

- Erstausbildung und Spezialisierungen bereiten auf eine möglichst lange Berufskarriere vor. Lebenslanges Lernen ist dafür die Voraussetzung. Denn pflegerische und medizinische Versorgung ist hochspezialisiert und das zugrunde liegende Wissen erneuert sich rasch.

In einer Reihe von Modellversuchen wurde eine Zusammenführung erprobt. Es wurde nachgewiesen, dass sie möglich ist und diese neuen Ausbildungen handlungsfähige Praktiker erzeugen. Die Absolvent/innen interessieren sich für die gesamte Breite des Berufsfeldes.

Von der generalistischen Ausbildung zu unterscheiden ist die integrierte Ausbildung. Hier findet eine teilweise Zusammenführung der Ausbildung statt („Y-Modell“). Die Spezialisierung geschieht vor der Berufseinmündung und führt zu unterschiedlichen Berufsbezeichnungen. Der Nachteil dieses Modelles ist, dass es denselben Aufwand bei der Neustrukturierung der Ausbildung erfordert (z.B. Neuordnung der Finanzierung), aber in der Realität die bestehende Schulstruktur häufig bestehen bleibt. Die Ausbildungsinhalte werden in diesen Schulen nur bedingt den neuen übergreifenden Anforderungen angepasst.

Für die Altenpflege bestünde zudem die Gefahr, dass sie angesichts der sich verändernden fachlichen Anforderungen und des zunehmenden Fachpersonalmangels perspektivisch einer reformierten Gesundheits- und Krankenpflege nachgeordnet betrachtet wird. Letztere würde die Klienten in komplexen Versorgungssituationen betreuen und Steuerungsaufgaben übernehmen. Das gab es schon einmal und das hatten wir eigentlich mit der Anerkennung der Altenpflege als Heilberuf überwunden geglaubt. Auch deshalb gilt es, das Handlungsfeld Altenpflege vor den Rettern der Altenpflegeausbildung zu retten!

1. Generalisierung der Pflegeausbildung aus Perspektive der Pflegeforschung – Plädoyer für eine sachliche Debatte über die Qualifikation zur Pflege für Menschen aller Altersgruppen

Frank Weidner

Wir Menschen sind so! Wir lieben, was uns vertraut ist, wir sind skeptisch gegenüber Neuem. Dann nehmen wir die Dinge auch gerne so, wie sie sind und lassen sie am besten auch gleich so. In der Soziologie nennt man diesen Zusammenhang „Normativität des Faktischen“, d.h. die gegebenen Umstände bestimmen die Wahrnehmung und die Regeln, auch diejenigen, die eine zukünftige Entwicklung der Umstände lenken können. Das Gegebene kann somit die Vorstellungsfähigkeit über das Mögliche reduzieren! Hierzu ein Gedankenspiel: Wäre es ein Faktum, dass wir keine Altenpflegeausbildung in Deutschland hätten und es ginge darum, diese einzuführen, würden sich vermutlich eine ganze Reihe von Menschen alleine wegen der normativen Kraft der bestehenden Umstände (keine Altenpflegeausbildung) gegen eine Einführung einer solchen stemmen. Darunter wären demnach auch etliche Meinungsbildner, die sich heute aus gleichem Antrieb *für* die Beibehaltung einer Altenpflegeausbildung aussprechen, eben weil das Faktische so wirkmächtig ist. Hinzu kommt, dass nicht jeder, der sich zum Thema äußert, das (Pflege)Bildungssystem wirklich gut kennt. In diesem Zusammenhang sei auch auf den hier nicht zu unterschätzenden Aspekt der Wirkung der eingesetzten Terminologien verwiesen: Wird in diesen Zusammenhängen eigentlich über die *Altenpflege* als berufliches Konstrukt oder über die *Pflege alter Menschen* als professionelle Performanz gesprochen? Geht es um die Beibehaltung eines Berufes oder geht es um die zukunftsfähige Entwicklung der Pflege von Menschen aller Altersgruppen?

Aber die Debatte hat natürlich noch weitere Facetten, denen wir uns aus der Perspektive der Pflegeforschung annähern wollen. Denn in der Pflegeforschung sollen Gegenstände, also Themen und Fragestellungen und die dazu passend eingesetzten Forschungsmethoden, einen Erkenntnisgewinn ermöglichen. In Anwendung auf die Fragestellung einer Generalisierung der Pflegeausbildung lauten die Leitfragen: Worum geht es eigentlich und was ist Fakt, d.h. wie ist die Studien- und Datenlage zu diesen Fragen? Was ist aus den Erkenntnissen zu schließen?

Fakt ist, dass in Deutschland seit rund zehn Jahren neben den Gesundheits- und Krankenpflege- sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildungen auch eine bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung existiert. Zuvor schon gab es bereits einige Jahrzehnte lang verschiedene Altenpflegeausbildungsverordnungen auf Länderebene. Fakt ist auch, dass es im Rest der Welt diese grundlegende Aufsplitterung des Pflegefachberufs in der Erstausbildung nach Altersphasen nicht gibt, d.h. die in Deutschland vorhandene grundständige berufliche Altenpflegeausbildung stellt im internationalen Pflegebildungswesen einen Sonderweg dar¹.

Ein Modell, dass zunächst eine Generalistin respektive ein Generalist qualifiziert wird, die bzw. der sich dann spezialisiert, entspricht auch der Medizinerausbildung hierzulande, in der man zunächst allgemeine Medizin studiert und sich später, z.B. zum Geriater spezialisiert. Das gilt auch für alle anderen personenbezogenen Professionen wie die Psychologie, die Erziehungswissenschaft oder die Sozialarbeit und für weitere Gesundheitsfachberufe wie die Krankengymnastik oder die Logopädie. Nirgends lässt sich ein solch bestimmendes Lebensphasenmodell wie in den beruflichen Pflegeausbildungen in Deutschland finden, das differenzierende und selektierende Grundausbildungen hervorbringt, die völlig abgegrenzt voneinander absolviert werden. Für alle gilt indes: Erst wird eine zumeist wissenschaftlich fundierte und generalistische Grundausbildung respektive ein allgemeines Studium absolviert und dann folgen Spezialisierungen in Form von beruflichen oder akademischen Weiterbildungen. Dies bedeutet zugleich auch, dass in der europäischen Perspektive einer generalistischen Pflegeausbildung die Grundlagen der Pflege alter Menschen selbstverständlich bereits enthalten sind, genauso wie im Medizinstudium beispielsweise in der Pathologie keine Altersgruppe per se ausgeschlossen wird. Die „general nurse“ ist sehr wohl auch eine für die Pflege alter Menschen befähigte Generalistin!

So überrascht es auch nicht, dass die Pflegestudiengänge, die seit Mitte der neunziger Jahre an Fachhochschulen und Universitäten in Deutschland

¹ In diesem Zusammenhang muss man auch alle neueren Hinweise, dass etwa Schweden eine eigenständige, dreijährige berufliche Altenpflegeausbildung eingeführt hätte, ins Reich der Märchen verbannen. Überprüfungen dieser Hinweise haben ergeben, dass dies nicht der Fall ist und auch nicht sein kann, weil es nicht in das schwedische System der Qualifikation der Gesundheitsberufe passt. Die Kompetenz zur speziellen Pflege älterer Menschen ist in Schweden wie nahezu überall in der Welt als Weiterbildung einer zuvor erworbenen generalistischen Pflegeausbildung („general nurse“) organisiert, zumeist auf Masterniveau.

entstanden, generalistisch organisiert sind. Es gibt fast ausnahmslos solche, die sich aller Pflegeberufe gleichermaßen annehmen und dabei nicht selten auch das Hebammenwesen mit einschließen. Mit Fug und Recht kann also festgestellt werden: Die Akademisierung der Pflege in Deutschland geht heute schon eindeutig mit einer Generalisierung der Pflegebildung einher!

Die Debatte über Eigenständigkeit oder Zusammenführung der Pflegeberufe wurde schon Mitte der 90er Jahre intensiv geführt und es wurden zahlreiche Modellprojekte durchgeführt. Im Jahr 2004 begann auf der Grundlage der vorliegenden Ergebnisse das umfangreichste Modellvorhaben zu diesen Fragestellungen mit „Pflegeausbildung in Bewegung“ (PiB). Das vom Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) in Zusammenarbeit mit acht Bundesländern bis 2008 durchgeführte und u.a. vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) wissenschaftlich begleitete Programm bestätigte die vorliegenden Erfahrungen eindrucksvoll. Der hochkarätig besetzte begleitende Beirat von PiB empfahl Ende 2008 auf der Grundlage des Abschlussberichtes einstimmig:

„Der Gesetzgeber sollte eine Reform der Pflegeausbildung auf den Weg bringen mit dem Ziel der Verschmelzung von Altenpflegeausbildung einerseits und Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung andererseits. Angestrebt werden sollte eine Pflegeausbildung, die im theoretischen Teil weitestgehend integriert ist und im praktischen Teil Schwerpunkte entsprechend einem angestrebten Arbeitsfeld vorsieht (Integration mit generalistischer Ausrichtung).“²

Es gab übrigens nur einen Grund dafür, warum hier von „Integration mit generalistischer Ausrichtung“ gesprochen wurde. Es lag keine Rechtsgrundlage für eine einheitliche Ausbildung vor, sondern nur die bestehenden Berufsgesetze. Insofern musste im Modellvorhaben sichergestellt werden, dass am Schluss für die Absolventen ein rechtmäßiger Abschluss sowie eine geschützte Berufsbezeichnung mindestens in einem der bestehenden Pflegeberufe erreicht werden konnte. Die meisten der beteiligten Modellprojekte haben den zu Beginn vorliegenden Grad der Integration der Bildungsinhalte und -ziele im Verlauf des Projektes deutlich gesteigert.

² vgl. dip (2008): Pflegeausbildung in Bewegung. Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. S. 210

Auf der Grundlage der Evaluationsergebnisse von PiB und der vorangegangenen Modellprojekte hat sich eindeutig ergeben, dass aus fachlichen Gründen nichts gegen eine Zusammenführung der Berufe spricht. Im Gegenteil, je länger die Lehrenden und die Schüler und Schülerinnen in den Modellprojekten zusammen lehrten und lernten, desto schwieriger fiel es ihnen, trennbare Inhalte und Qualifikationsziele zu benennen, die *nur* für die Kinderkrankenpflege oder *nur* für die Kranken- oder Altenpflege von Bedeutung wären. Die im Vorfeld der Modellprojekte bis Ende der 90er Jahre zumeist ideologisiert geführte Debatte über das Für und Wider der Generalisierung hat sich innerhalb der Projekte in der täglichen Arbeit der Beteiligten versachlicht und weitgehend aufgelöst.

Nachdem die Ergebnisse aus dem Modellvorhaben PiB zum Ende 2008 in aller Breite veröffentlicht waren, legte der einflussreiche Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (DV) seine Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Pflegeausbildungen im Frühjahr 2009 vor³. Es überraschte angesichts der Erkenntnislage nicht, dass auch der DV empfahl, die Pflegeausbildungen nun zügig zusammenzuführen. Auf der Grundlage der Empfehlungen des DV war es dann im Juni 2009 die 82. Gesundheitsministerkonferenz der Bundesländer in Erfurt, die der zukünftigen Bundesregierung einstimmig empfahl, die Pflegeausbildungen zusammenzuführen und eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe einzurichten, um weitere Verfahrensfragen und insbesondere die Finanzierung einer zukünftigen generalistischen Ausbildung zu klären⁴. Im Herbst 2009 hatte dann auch die damalige CDU-FDP-Regierungskoalition im Bund in den Koalitionsvertrag für die 17. Legislaturperiode das Ziel der Modernisierung und Zusammenführung der Pflegeausbildungen geschrieben⁵.

Bedauerlicherweise ist dann in der folgenden Legislaturperiode nicht mehr viel in dieser Sache passiert, bis auf die mehrfach verschobene Beauftragung zu einem Gutachten zur Beurteilung der finanzstrukturellen Voraussetzungen für eine generalistische Ausbildung. Dieses Gutachten liegt deshalb erst seit kurzem vor. Als ein Grund für die zeitliche Verzögerung wurden die Entwicklungen seit 2011 auf europäischer Ebene rund

3 vgl. Deutscher Verein (2009): Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Pflegeausbildungen

4 Vgl. Protokoll der 82. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) (2009) http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_82&id=82_11.04

5 Vgl. Koalitionsvertrag Bundesregierung (2009): Wachstum. Bildung. Zusammenhalt, S.92

um die bisherige Anerkennungsrichtlinie 2005/36/EG (jetzt 2013/55/EU) angeführt. Wie wir heute wissen, hat die Bundesregierung diese Zeit sehr intensiv dazu genutzt, die Anschlussfähigkeit des deutschen Pflegebildungssystems an die europäische Entwicklung zu blockieren und den Zugang zur Pflegeausbildung auch weiterhin mit zehn Jahren Allgemeinbildung als Voraussetzung zu ermöglichen. Dass damit zugleich die bundesdeutsche Altenpflegeausbildung eine in Europa nicht anerkannte Qualifikation bleibt, wurde billigend in Kauf genommen. Altenpfleger, die ins europäische Ausland gehen, werden somit weiterhin als Hilfs- oder Assistenzkräfte, nicht aber als Fachpersonen anerkannt.

Eine andere Säule der sich entwickelnden Pflegeforschung in Deutschland, die systematische Pflegeberichterstattung, eröffnet eine weitere Argumentationskette für die Zusammenführung der Pflegeausbildungen. Das dip hat seit 2010 für das Land Nordrhein-Westfalen (NRW) die Gesundheitsberichterstattung neu entwickelt und umgesetzt. Grundlage dafür ist ein neues, vom Institut entwickeltes, multidimensionales Angebots- und Nachfragemodell zum Zusammenspiel von Bildungs- und Beschäftigungssektoren mit Bezug zur Pflege. Erstmals erlaubt die Anwendung des Modells eine empirisch fundierte, grundlegende und zusammenhängende Betrachtung der Qualifikationsangebote sämtlicher Pflegeberufe mit den Wanderbewegungen von Fach- und Assistenzpersonal auch über Sektoren- und Institutionsgrenzen hinweg, also auch zwischen Krankenhäusern, Altenheimen und ambulanten Diensten. Ein Ergebnis dieser umfassenden Reform der Landesberichterstattung ist die Erkenntnis, dass es erheblich mehr Wechselwirkungen und Wanderbewegungen über alle Sektoren hinweg gibt als zuvor angenommen. Altenpflegende arbeiten heute selbstverständlicher in Krankenhäusern, Krankenpflegende in Altenheimen als noch vor einigen Jahren. Dies führt zu veränderten Angebots- und Nachfragestrukturen, die nach Lösungen rufen:

„Mit einer Generalisierung, also der vollständigen Zusammenführung der bisher getrennten Pflegeausbildungsgänge, würde ein neuer Pflegeberuf entstehen, der für die gesamte Breite des Berufsfeldes qualifizieren und den Absolventinnen und Absolventen zugleich eine größere Flexibilität ermöglichen würde.“⁶

⁶ Vgl. MGEPA NRW (2011): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2011. <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mgepa/landesberichterstattung-gesundheitsberufe-nordrhein-westfalen-2011/1205>

Aktuell geführte Diskussionen um die Beibehaltung der Altenpflegeausbildung verdeutlichen hingegen die Vergesslichkeit der Menschen und der Organisationen und zugleich die Wirkmächtigkeit der Normativität des Faktischen. Da geht es mitunter schlicht und ergreifend um die Beibehaltung des Berufsstandes „Altenpflege“, der eben da ist. Unter Missachtung des Erkenntnisfortschritts wird die Debatte um rund zwanzig Jahre zurückgeworfen. Heute geht es aber um die systematische Weiterentwicklung der „Pflege alter Menschen“, und diese lässt sich, wie die Pflegeforschung eindeutig und wiederholt gezeigt hat, in einer generalistischen Ausbildung sehr gut grundlegen und in einer darauf aufbauenden Weiterbildung, wie international üblich, auch speziell weiterentwickeln. Jetzt gilt es erneut, diese empirischen Befunde zu würdigen und die Faktizität einer isolierten Altenpflegeausbildung zu Gunsten einer gemeinsamen und zukunftsfähigen Qualifikation zur Pflege von Menschen aller Altersgruppen zu überwinden.

2. Generalistische Ausbildung in der Perspektive Europa

Gertrud Stöcker

Ausgangspunkt für eine europäische Verständigung zur generalistischen Pflegeausbildung waren Richtlinien der Europäischen Union (EU) aus dem Jahr 1977, insbesondere die Koordinierungsrichtlinie (77/452/EWG und 77/453/EWG). Diese regelte inhaltliche Vorgaben zur Ausbildung mit dem Ziel, die Ausbildung zur „Nurse responsible for general care“, also zur/zum Krankenschwester/-pfleger, die/der für die allgemeine Pflege verantwortlich ist, innerhalb der EU zu harmonisieren. Seit 2005 gilt für Deutschland die Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpfleger/-in. Für diese ergibt sich daraus ein berufebezogenes automatisches Anerkennungsverfahren.

Dieser Ausrichtung an einer generalistischen Erstausbildung folgten Strategien und Konzepte der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Als Ergebnis der WHO-Konferenz in Wien wurde u.a. folgende Empfehlung veröffentlicht: „Die Erstausbildung ist aufgrund der verstärkten Komplexität im Gesundheits- und Sozialwesen generalistisch auszurichten. Jede spezifische Fachausbildung soll auf einer allgemeinen Pflegeausbildung aufbauen“.⁷ Auch der International Council of Nurses (ICN) bestärkte den generalistischen Ansatz in der Erstausbildung durch seine Veröffentlichung zu Kompetenzen einer generalistisch ausgebildeten Pflegefachperson⁸.

Die erwähnten Dokumente der EU, der WHO und des ICN festigten das Konzept einer generalistisch ausgerichteten Erstausbildung. Begründen lässt sich das mit der Vielfalt an pflegerischen Handlungsfeldern und deren Erweiterung im präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen Bereich. Die EU-Staaten und zum Teil auch die EWR-Staaten nutzten in den 90er Jahren dieses Konzept zur Weiterentwicklung ihrer nationalen Ausbildungsprogramme. Diese Ausbildungsgrundsätze wurden auch bei der großen EU-Erweiterung in diesem Jahrzehnt zur Bewertung der Beitrittsfähigkeit als Maßstab mit herangezogen.

Für weitere in den EU-Staaten vorfindbaren Erstausbildungen, wie die pädiatrische Pflege, psychiatrische Pflege oder – nur für Deutschland –

⁷ WHO Regionalbüro Europa (1990): Europäische Pflegekonferenz, Bericht einer WHO-Tagung, Wien 21.-24. Juni 1988, Dokument EUR/ICP/HSF/329, Kopenhagen.

⁸ ICN (2003): Framework of Competencies for the Generalist Nurse

die Altenpflege, konnte der Weg der Ausbildungscoordination und Regelung der berufebezogenen Anerkennung nicht gegangen werden. Diese Ausbildungen wurden als EU-rechtlich definierte „besonders strukturierte Ausbildungsgänge“ oder spezialisierte Erstausbildungen und ohne Koordinierung der Ausbildungsinhalte in ein allgemeines (horizontales) Anerkennungsverfahren aufgenommen. Hier obliegt es dem Aufnahmestaat, autonom im jeweiligen Einzelfall ggf. die Anerkennung mit oder ohne Kompensationsmaßnahmen (Anpassungslehrgang oder Eignungsprüfung) zu gewähren oder die Nicht-Anerkennung, weil die Berufsqualifikation im Aufnahmestaat nicht üblich ist, zu begründen.

Heutzutage sind die Ausbildungsprogramme in der Mehrheit der EU-Staaten generalistisch ausgerichtet. Gemäß der Vorgaben der Richtlinie umfasst das in Theorie und Praxis auch die Lernbereiche der pädiatrischen, geriatrischen und psychiatrischen Pflege. Spezielle Berufsbildausrichtungen, wie z.B. pädiatrische oder psychiatrische Pflege, sind durch Differenzierung in der Ausbildung (z.B. Deutschland, UK) möglich. Eine grundlegende Ausbildung in der Altenpflege existiert als nationaler Sonderweg nur in Deutschland. Erst nach 26 Jahren europäischer Entwicklung wurde eine grundlegende Aktualisierung der Mindestausbildungsanforderungen für u.a. Gesundheits- und Krankenpfleger/innen inhaltlich neu diskutiert. Die Ergebnisse ausführlicher Beratungen und Konsultationen führten zu einer Neufassung der Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, die am 18.01.2014 in Kraft getreten ist und binnen zwei Jahren in nationales Recht zu implementieren ist (2013/55/EU).

Beibehalten wurde in der neuen Richtlinie im Rahmen der sektoral reglementierten Berufe das Ausbildungsziel zur „Nurse responsible for general care“, also zur/zum Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, der/die für die allgemeine Pflege verantwortlich ist. Die koordinierten Mindestnormen für die Ausbildung hinsichtlich Dauer, Inhalt und Abschluss sowie Berufsbezeichnung für Personen, gelten unverändert. Ergänzend dazu entstanden entsprechend der allgemeinen Entwicklungen im Bildungsbereich Kompetenzprofile. Jede/r Absolvent/in hat künftig mit Abschluss der Erstausbildung folgende Kompetenzen nachzuweisen:

- „die Kompetenz, den Krankenpflegebedarf unter Rückgriff auf aktuelle theoretische und klinisch-praktische Kenntnisse eigenverantwortlich festzustellen und die Krankenpflege im Hinblick auf die Verbesserung der Berufspraxis zu planen, zu organisieren und durchzuführen;

- die Kompetenz zur effektiven Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen, einschließlich der Mitwirkung an der praktischen Ausbildung von Angehörigen von Gesundheitsberufen;
- die Kompetenz, Einzelpersonen, Familien und Gruppen zu einer gesunden Lebensweise und zur Selbsthilfe zu verhelfen;
- die Kompetenz, eigenverantwortlich lebenserhaltende Sofortmaßnahmen einzuleiten und in Krisen- und Katastrophenfällen Maßnahmen durchzuführen;
- die Kompetenz, pflegebedürftige Personen und deren Bezugspersonen eigenverantwortlich zu beraten, anzuleiten und zu unterstützen;
- die Kompetenz, die Qualität der Krankenpflege eigenverantwortlich sicherzustellen und zu bewerten;
- die Kompetenz zur umfassenden fachlichen Kommunikation und zur Zusammenarbeit mit anderen im Gesundheitswesen tätigen Berufsangehörigen;
- die Kompetenz, die Pflegequalität im Hinblick auf die Verbesserung der eigenen Berufspraxis als Krankenschwestern und Krankenpfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, zu analysieren“.

Die Übertragung dieser europäischen Ausbildungsanforderungen in deutsches Recht und in die deutsche Ausbildungspraxis wird bisher nur halbherzig verfolgt. Dem klaren Profil einer generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung stehen z. B. die aktuellen Berufszulassungsgesetze entgegen. Die Ergebnisse der Vielzahl von Ausbildungsmodellen wurden bisher nicht für eine Ausbildungsreform genutzt. Die Evaluationssynthese belegt zum einen die Vereinbarkeit der Ausbildung mit der Richtlinie 2005/36/EG und weist zum anderen die Integration der Ausbildungen in der Alten-, Gesundheits- und Kinder- sowie Gesundheits- und Krankenpflege in einen Ausbildungsgang mit einem generalistisch ausgerichteten Berufsabschluss eindeutig aus.⁹

Die Profession Pflege hat starke Partner in Europa, um den Professionalisierungsprozess voranzubringen. Empfehlenswert ist es in jedem Fall, die hiesigen Reformbemühungen stärker europäisch auszurichten. Nur so gelingt die Mobilität auf dem europäischen Arbeitsmarkt und nur so wird zugleich ein hohes Maß an Versorgungsqualität gesichert.

9 Stöver, M.; Görres, S. (2009): Qualitätskriterien für Best Practice in der Pflegeausbildung – Synopse evaluierter Modellprojekte. Abschließender Projektbericht. Institut für Public Health und Pflegeforschung Universität Bremen

3. Generalistische Ausbildung aus Perspektive eines Altenpflegers

Stefan Werner

Seit den Neufassungen des Altenpflegegesetzes und des Krankenpflegegesetzes (2003) und den daraus folgenden Anpassungen der Lehrpläne der drei Pflegeausbildungen gibt es eine hohe Übereinstimmung der Ausbildungsinhalte. Dies wurde zum Beispiel im Rahmen des Forschungsgutachtens „Ausbildungsmodelle in der Pflege“¹⁰ belegt. Doch diese Tatsache allein stellt noch keine ausreichende Grundlage dar, eine gemeinsame Pflegeausbildung zu fordern. Die große Chance der Generalistischen Pflegeausbildung liegt weniger in der Zusammenführung von gleichen Inhalten, sondern in der Umgestaltung der Lerninhalte und somit der Entwicklung eines neuen Berufes. Der generalistische Blick erfordert insbesondere eine viel stärkere Konzentration auf das Entwickeln von Problemlösekompetenzen bei den Schüler/innen. In diesen Kompetenzen liegt berufspolitisch ein wesentliches Element zur Emanzipation unseres historisch mit dem Attribut „dienend“ besetzten Berufes. Problemlösekompetenzen erlauben es den Angehörigen eines Berufes, sich unabhängige Meinungen auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse zu Situationen zu bilden und gleichzeitig andere Blickwinkel in diese Meinungsbildung einzufügen.

Dieses erweiterte Verständnis einer Ausbildung für die Profession ist - auch vor dem Hintergrund des demografischen Wandels unserer Gesellschaft - eine zentrale Forderung an die Politik. Dieser stellt die Mitarbeitenden in allen Sektoren vor neue Herausforderungen. Es gibt nicht mehr allein den „kranken Menschen“ oder den „alten Menschen“, es gibt immer mehr Kombinationen, sei es im Pflegeheim, im Krankenhaus oder - ganz besonders ausgeprägt - im ambulanten Setting. Aber dieser Wandel ist nicht nur bei den Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf Realität, nein, es gibt ihn unweigerlich auch auf der Seite der Mitarbeitenden. Eine generalistisch angelegte Berufsausbildung stellt eine wichtige Voraussetzung dar, um während eines möglichst langen Berufslebens lebensphasengerechte Arbeitsplätze in der Pflege ausfüllen zu können. Diese Chance wird heute auch durch die segmentierte Ausbildung behindert. Es ist für eine/n Altenpfleger/in oft nicht einfach, in einen ambulanten Pflegedienst zu wechseln, der Einsatz in einem Krankenhaus bleibt in

10 Steffen P/Löffert S (2010) Ausbildungsmodelle in der Pflege, DKI, Düsseldorf

der Regel ganz verwehrt. Ein Systemwechsel durch die Möglichkeit des Wechsels von Einsatzfeldern hätte positive Einflüsse auf die Attraktivität des Pflegeberufes. Nicht zuletzt kann die Reform der Pflegeausbildung auch hinsichtlich der fachlichen Weiterqualifikation auf der gleichen Hierarchieebene einen deutlichen Beitrag leisten.

Eine gemeinsame Pflegeausbildung verbessert die Möglichkeiten der beruflichen Mobilität für Berufsangehörige auf vielfältige Weise: innerhalb Deutschlands, zwischen einzelnen Zweigen des Gesundheitswesens und innerhalb des bestehenden Arbeitsfelds. Auch für die internationale Mobilität ist eine EU-kompatibel gestaltete Generalistische Pflegeausbildung, die die automatische Anerkennung garantiert, Voraussetzung. Das Berufsbild Altenpflege gibt es nur in Deutschland als eigene Ausbildung auf der Kompetenzebene eines Heilberufes. Dadurch ist ein Wechsel ins europäische Ausland schwierig bis unmöglich. Und auch anders herum: die aktuellen Erfahrungen mit bei uns arbeitenden spanischen und italienischen Pflegefachpersonen zeigen, dass diese geradezu erschreckt sind von der Wertigkeit des Pflegeberufs in Deutschland und häufig auch deswegen wieder ins Heimatland zurückgehen. Ganz besonders kritisieren diese Pflegefachpersonen die in unserem System gegebene Nachrangigkeit der Pflege gegenüber dem ärztlichen Bereich. Eine neu gestaltete Pflegeausbildung stellt eine Chance dar, durch die Aufnahme von vorbehaltenen Aufgabenbereichen ins Gesetz, in diesem Bereich eine deutliche Verbesserung zu erreichen.

In der Tatsache, dass die Pflegenden durch die gemeinsame Ausbildung in den verschiedenen Bereichen ein einheitliches Berufsverständnis entwickeln, liegt auch eine große Chance für den Beruf, sich aus seiner historisch begründeten Unorganisiertheit zu emanzipieren. Dies ist auch vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussionen zur Einführung von Pflegekammern ein wichtiger Aspekt. Bewirken diese die Organisation der Pflegefachpersonen eher von außen, ist der von innen heraus entstehende Antrieb mit Sicherheit nachhaltiger.

Klar muss bei einer gemeinsamen Pflegeausbildung sein: es gelten für alle die gleichen Zugangsvoraussetzungen! Bleibt ein Feld hier zurück, wird es perspektivisch unweigerlich auf das Niveau eines Assistenzberufs herabgestuft werden. Alle drei derzeitigen Pflegeausbildungen haben dieses Schicksal nicht verdient. Aber auch auf die Assistenzberufe

muss die Generalistische Pflegeausbildung Auswirkungen haben. Diese müssen passgenau zu dem neuen Berufsbild weiterentwickelt werden. Auch hier braucht es eine größere Vereinheitlichung statt des heutigen Wildwuchses.

Gerade als Altenpfleger muss ich zu guter Letzt den Befürwortern der Beibehaltung der Altenpflegeausbildung entgegenhalten, dass das Bild, welches diese von der Arbeitsrealität eines Altenpflegers zeichnen, heute schon völlig veraltet ist. Im Jahr 2003 gelang es mit Hilfe des Bundesverfassungsgerichtes, den Status der Altenpflege als Heilberuf und dadurch einen bundeseinheitlichen Ausbildungsstandard zu erreichen. In den zehn Jahren seither haben sich die Anforderungen in der Versorgung alter Menschen nochmals deutlich Richtung Heilberuf entwickelt. An einem überholten Bild der Altenpflege festzuhalten bewirkt die Entprofessionalisierung eines Berufs, der sich den Status eines Heilberufs erst vor wenigen Jahren hart erkämpft hat. In der Argumentation derjenigen, die sich für die Beibehaltung der Altenpflegeausbildung einsetzen, werden Tätigkeiten als Kernbereiche der Altenpflege hervorgehoben, die sich insbesondere im ambulanten Pflegebereich auch in der Laienpflege wiederfinden. Die professionelle Steuerung des Pflegeprozesses wiederum, für die ein Fallverständnis und die oben genannten Problemlösungsstrategien maßgeblich sind, wird ausgeblendet. Wer heute zurück will zur sozialpflegerischen Altenpflege von vor 2003 oder in Richtung Heilerziehungspflege, koppelt die Altenpflege von der Professionalisierungsdebatte in der Pflege ab und wird angesichts der demographischen Herausforderungen eine Deprofessionalisierung befördern. Mit allen negativen Konsequenzen für Kompetenz, Weiterentwicklungschancen, Status und nicht zuletzt Vergütung. Statt der von einigen befürchteten ‚Kolonialisierung der Altenpflege‘ durch die Krankenpflege würde eine Abgrenzungsdiskussion mit der Hauswirtschaft und Betreuung beginnen müssen. Dies wäre hochgradig schädlich, nicht nur für die heutigen Berufsangehörigen, sondern auch für all diejenigen, die gepflegt werden.

4. Die Zukunft pflegerischer Versorgung – welche Ausbildung braucht die Praxis?

Beate Groß

Die Auswirkungen der demographischen Veränderungen sowie der Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen (z. B. Verkürzung der Liegezeiten in den Krankenhäusern) haben weitreichende Folgen für die pflegerische Versorgung z. B. in Bezug auf die Verschiebung von pflegerischen Aufgaben vom klinischen in den ambulanten Versorgungsbereich. Hinzukommen die (alten) Forderungen nach ambulanter vor stationärer Versorgung oder auch Rehabilitation vor Pflege.

Angesichts der zunehmenden Komplexität - z. B. von Vernetzungs- und Kooperationsanforderungen - in der sich die Pflege bewegt, rückt das eigene berufliche Selbstverständnis an eine ganzheitliche Versorgung, die die Würde des Menschen berücksichtigen kann, in den Hintergrund.

Pflegerische Versorgung – ob Altenpflege, Gesundheits- Kinderkrankenpflege oder Gesundheits- Krankenpflege – wird zukünftig nur dann professionell bewältigt werden können, wenn aus einer fragmentierten Sichtweise hinsichtlich der Arbeitsschwerpunkte eine integrative wird, wo die Perspektive der einen Seite z. B. der Altenpflege die Sichtweise der Gesundheits-Krankenpflege ergänzt und umgekehrt. Von daher müssen Antworten gefunden werden hinsichtlich eines gemeinsamen beruflich-inhaltlichen Selbstverständnisses, das den unterschiedlichen Handlungsfeldern pflegerischer Versorgung zugrunde gelegt werden kann, um den zukünftigen Bedarfen in Theorie und Praxis der Pflege besser gerecht werden zu können. Integrative Sichtweisen setzen einen gemeinsamen Wissenskanon voraus, zu dem die Spezialisierung in einzelnen Handlungsfeldern hinzukommt.

Dies gilt auch in Bezug auf die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Pflegerische Versorgung bezieht sich nicht ausschließlich auf das kranke Kind, sondern auch auf die Lebenswelt der Familie. Während der klinischen und ambulanten Versorgung und Begleitung muss auf die Beziehungsdynamik zwischen Kind und den Eltern sowie anderen Familienangehörigen ebenfalls eingegangen werden.

Es geht nicht nur um die Fokussierung auf einen bestimmten Menschen oder bestimmte Gruppen (Versorgung von Demenzerkrankten). Es geht

vielmehr um die Bewältigung zukünftiger Anforderungen, die sich zwar praktisch immer auf eine Person beziehen, die aber gleichzeitig in interdependenten Zusammenhängen zu verorten sind. Es geht um die Arbeit an und mit Schnittstellen, abgeleitet aus den Bedarfen der Einzelnen und deren Lebenswelten, und die sich daraus abzuleitenden Anforderungen an die Inhalte der Arbeitswelt der Professionellen. Hier werden Fach- und personale Kompetenzen gefordert, die für alle Berufsgruppen gleichermaßen gelten.

Die zukünftigen Herausforderungen liegen in den immer komplexer werden Anforderungen der Handlungsfelder. Von daher müssen a) neue Ausbildungsprofile- und -formen sowie b) neue und geeignete Versorgungsstrukturen und -konzepte gefunden werden, die in der Zukunft die pflegerischen Bedarfe absichern können und die daher auch neue/andere Kompetenzprofile notwendig machen. Diese Herausforderungen setzen an einen interdisziplinären Diskurs an, der der Komplexität der Anforderungen hinsichtlich gemeinsamer Inhalte gerecht wird. Die Herausforderung und Chance einer generalistischen Ausbildung liegen mit darin, die bisherigen praktischen Handlungsfelder und Bedarfe an pflegerischer Versorgung anzupassen bzw. aufeinander abzustimmen.

Ein generalistischer Ansatz impliziert ein gemeinsames übergreifendes, z. B. gerontologisch/pflegewissenschaftliches Fachwissen über grundlegende Themen, die sowohl für die Gesundheits- und Krankenpflege als auch für die Altenpflege relevant sind.

Will man dem Konzept entsprechend dem Begriff „Gesundheits-Pflege“ gerecht werden, bedarf es einer grundsätzlich anderen Haltung und Sichtweisen hinsichtlich Altersbildern gegenüber Kranken und Pflegebedürftigen, die sich an den Ressourcen und Potentialen der Menschen orientieren. Hochbetagte und pflegebedürftige Menschen sowie demenziell Erkrankte fordern neue Versorgungsformen der Zuwendung und Begleitung, die z. B. im Krankenhaus nicht nur einseitig aus der Perspektive Gesundheits-Krankenpflege betrachtet werden können. Wo liegt in diesem Zusammenhang die Spezialisierung und wo die Notwendigkeit einer Generalisierung?

Längst müsste sich das Aufgabenfeld der Altenpflege mit inhaltlich-pflegerischen Fragestellungen bezogen z. B. auf die Beeinträchtigungen durch Multimorbidität Einzelner auseinandersetzen; hierzu wird u. a.

anatomisches und physiologisches Fachwissen benötigt. Die Auseinandersetzung müsste eingehen auf offene Fragen und Defizite im Bereich der Kenntnisse wie der Kompetenzentwicklung: Wie kann z. B. der eingeschränkte Bewegungsradius nach einem Apoplex von Seiten der pflegerischen Versorgung so unterstützt werden, dass eine größtmögliche Selbstständigkeit, Schmerzfreiheit etc. längerfristig erreicht werden kann. Diese Aufgabe wird gerne der Physiotherapie überlassen, ohne wahrhaben zu wollen, dass die pflegerische Versorgung hier für die kontinuierliche Weiterführung bestimmter Übungen/Maßnahmen im Alltag der Menschen Sorge tragen sollte. Wie können subjektive Ressourcen und Potentiale von Hochbetagten und Pflegebedürftigen objektiver von der Alten- und Gesundheits-Krankenpflege erfasst und interpretiert werden? Hinzu kommt, dass kaum Kenntnisse darüber vorhanden sind: Welche Medikamente beeinflussen wie die kognitiven, physischen und emotionalen Fähigkeiten der Einzelnen? Diese Kenntnisse sind jedoch notwendig, um Ressourcen und Potentiale der Menschen richtig einschätzen und den Auftrag der pflegerischen Versorgung professionell umsetzen zu können. Notwendig hierbei sind geeignete Instrumente – Assessmentverfahren – die bisher von der Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege nur marginal zur Kenntnis genommen wurden und zum Einsatz kommen.

Schon seit Jahren wird aus der Sicht der Gerontologie (u.a. Andreas Kruse) empfohlen, eine notwendige Akzentuierung im Hinblick auf Prävention und Gesundheitsförderung auch bei Hochbetagten und Pflegebedürftigen vorzunehmen. Ausgehend von der Plastizität des Gehirns verweisen die Erkenntnisse der Neurowissenschaften darauf, dass durch gezielte Maßnahmen auch bei Pflegebedürftigen eine positive Beeinflussung von Entwicklungsprozessen möglich ist, die den Erwerb von neuen individuellen Strategien erlauben. Der Bedarf an einer auf dieser Erkenntnis beruhenden Kompetenzentwicklung ist groß.

Die Anforderungen an eine ambulante Versorgung z. B. werden Hochrechnungen zur Folge in den nächsten Jahren/Jahrzehnten um 40-50% steigen. Gerade in diesem Arbeitsfeld arbeiten bereits Gesundheits- und Kranken- mit Altenpfleger/innen zusammen und damit kommt es zu ständigen Überschneidungen von Arbeitsaufgaben. Anders als die gesundheits-krankenpflegerische Versorgung im Krankenhaus steht hier die Lebenswelt der zu Pflegenden, der pflegenden Angehörigen mit ihrem sozialen Umfeld, im Mittelpunkt. Sollten sich die Prophezeiungen bewahrheiten,

liegt der Bedarf – auch von Gesundheits-Krankenpflege - nicht im klinischen Bereich, sondern eher in der ambulanten Versorgung.

Um die Defizite/Mängel in den jeweiligen Ausbildungen hinsichtlich der Anforderungsprofile ausgleichen zu können, wird ein gemeinsamer Qualifikationsrahmen notwendig, der Zulassungskriterien sowie gemeinsame und unterschiedliche Ausbildungsinhalte transparent und vergleichbar darstellt.

Zukunftsorientiert kann es nicht mehr um berufspolitische Befindlichkeiten und um berufsständische Abgrenzung gehen, vielmehr sollten – nimmt man den Pflegenotstand auch als ein eigenes hausgemachtes Problem ernst – Anforderungen, die sich zukünftig aus den Notwendigkeiten der Praxis und der pflegerischen Bedarfe generieren lassen, in den Mittelpunkt von einer generalistischen Ausbildung sowie des Theorie-Praxis-Verhältnisses gestellt werden.

5. Generalistische Ausbildung aus der Perspektive Pädagogik

Margarete Reinhart

Die pflegerische Berufsausbildung in Deutschland und die ihr zugrunde liegenden Rechtsregelungen stehen seit vielen Jahren in einem kritischen Diskurs. Gesellschaftliche Wandlungsprozesse fordern dringlich die Reform und Modernisierung der Berufsausbildung in der Pflege. Der allseits diskutierte demografische Wandel und die damit einhergehende Verschiebung der medizinisch/pflegerischen Versorgungsbedarfe der Bürgerinnen und Bürger von der Kuration in Richtung Prävention und Rehabilitation sowie der steigende Anspruch der Menschen auf Partizipation im Rahmen eines „shared decision making“ in den Versorgungsprozessen verändern die Rollen und Anforderungen für alle an der Versorgung beteiligten Berufe. Dem gilt es in der Ausbildung und in der interprofessionellen Zusammenarbeit angemessen Rechnung zu tragen.

Bislang orientierte sich die Pflegeausbildung an den zu versorgenden Altersgruppen (Kinder, Erwachsene, alte Menschen) und an den Institutionen der Versorgung (Krankenhaus, Altenheim, etc.). Diese berufliche Gliederung ist zu keinem Zeitpunkt gezielt intendiert worden, vielmehr hat sie sich einfach so ergeben, sie ist historisch gewachsen und spiegelt auch deutlich wieder, dass der pflegerische Handlungsauftrag nicht aus den Pflegebedarfen und Pflegephänomenen der zu pflegenden Menschen abgeleitet wurde.

Durch die raschen Fortschritte in den Wissenschaften, beispielsweise in Medizin, Ernährungswissenschaften, Psychologie und vielen anderen Bezugswissenschaften der Pflege, hat sich das Pflegewissen innerhalb weniger Jahrzehnte vervielfacht. Die am Ende des vergangenen Jahrhunderts in Deutschland einsetzende wissenschaftliche Fundierung der Pflege und der Zugang zu entsprechenden Hochschulstudiengängen hat das Erfahrungswissen der Pflege wissenschaftlich fundiert und bringt rasch immer mehr Ergebnisse aus der Pflegeforschung in den beruflichen Handlungskontext.

Der sich so konturierende „Body of Knowledge“ der Pflege orientiert sich als praxis- und handlungswissenschaftlicher Ansatz an den pflegerischen Bedarfen der Menschen und ist damit zunächst unabhängig von Altersgruppen und Institutionen der Versorgung. Vielmehr stellt sich in der

fundierten pflegerischen Berufsausübung die Frage, wie Erfahrungswissen und wissenschaftlich fundiertes Regelwissen adäquat auf den jeweils individuellen Menschen in seiner Subjekthaftigkeit, seiner konkreten Situation und in seinem konkreten Versorgungssetting anzuwenden sind. Das macht den Kern professionellen Pflegehandelns aus. Dies soll und muss durch assistierende und helfende Personen unterstützt werden, die in abgestuften Qualifikations- und Ausbildungsprofilen weisungsabhängig mit der Erledigung pflegerischer Verrichtungen beauftragt werden, was aber an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden soll.

Der Fokus der Pflegeausbildung soll sich also zukünftig folgerichtig auf eine generalistische Erstausbildung richten, der die erforderlichen Spezialisierungen nachgeschaltet werden. So sehen wir es auch in vielen anderen Berufen seit langem verwirklicht. Etwa in der Medizin erfolgt zunächst ein generalistisch ausgerichtetes allgemeines Studium, dem eine Spezialisierung in der Facharztausbildung folgt, die sich in der Medizin dann typischerweise an den Organen des menschlichen Körpers orientiert. Selbst Köche erlernen zuerst die allgemeine Kochkunst und spezialisieren sich anschließend auf die „haute cuisine“ oder in eine andere Richtung.

In einem generalistisch angelegten pflegerischen Berufsbildungsgang kann und wird es nicht darum gehen, die Inhalte der bisher drei getrennten Berufsausbildungen additiv zu lehren, das wäre ja auch weder möglich noch sinnvoll. Die Zusammenführung der bisher getrennten Ausbildungsgänge macht vielmehr einen adäquaten pädagogisch/didaktischen Ansatz in der Curriculumgestaltung erforderlich. Dieser Ansatz ist von den Ausbildungsstätten auszugestalten, hierbei kann jedoch auf die bereits erprobten und ohne Mühe erhältlichen Curricula aus den Modellversuchen nach § 4 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes zurückgegriffen werden.

Pädagogische und curriculare Ansätze in der generalistischen Qualifizierung haben zum Ziel, in der Ausgestaltung der Lehr-/Lernprozesse Exemplarität durch die gezielte Darbietung von Lernsituationen herzustellen. Zur Anwendung kommt dabei beispielsweise der aus der Schul- und Berufsbildung wohlbekannte didaktische Ansatz von Wolfgang Klafki, oder der ebenso breit ausgearbeitete und diskutierte Lernfeldansatz. In den curricular zu generierenden Lernfeldern erfolgt eine Verknüpfung von

1. Settings
z. B: Krankenhaus, Beratungsstelle, Heim, eigene Wohnung
2. Rahmenbedingungen
z.B.: rechtliche Grundlage, soziale Sicherungssysteme, etc.
3. handelnden Personen und Zielgruppen
z. B.: alte Menschen, Menschen aus anderen Kulturen, Menschen im Krankenhaus, Kinder, etc.
4. Pflegehandlungen/-aufgaben
z. B. : Körperpflege, Mobilisierung, Prophylaxe, etc.
5. Pflegekonzepten
z. B.: Basale Stimulation, Kinästhetik, Beratung, Case-Management, Biographiearbeit, etc.
6. Pflegeanlass
z.B.: Erkrankungen, Bewegungseinschränkungen, Behinderung, chronische Erkrankungen, etc.

In der Ausgestaltung der Curricula ist es neben dem pädagogisch/didaktischen Ansatz wichtig, eine lernförderliche Verbindung von schulischen und pflegepraktischen Lehr-/Lernprozessen herzustellen. Hierbei ist ein besonderes Augenmerk darauf zu richten, dass Schülerinnen und Schüler der Pflege nicht in erster Linie als Arbeitskräfte in den Betrieben eingesetzt werden, sondern dass begleitetes Lernen in reflektionsfreundlichen Kontexten ermöglicht wird. Dazu muss auch der Gesetzgeber durch die entsprechende Ausgestaltung der relevanten Vorgaben in der Neufassung des Berufsausbildungsgesetzes einen deutlichen Beitrag leisten.

Generalistisch ausgebildete Pflegende erwerben die erforderlichen Kompetenzen, die allgemeine Pflege von Menschen unterschiedlicher Altersgruppen und in unterschiedlichen Settings der Versorgung adäquat durchzuführen. Selbstverständlich ist es sinnvoll und notwendig, danach einschlägig zu spezialisieren, etwa für die Intensivpflege, für die gerontologische Pflege, für die spezielle psychiatrische Pflege oder für die Pflege in anderen Spezialbereichen. Und genauso selbstverständlich ist es auch heute schon längst nicht mehr möglich, in den drei getrennt geführten pflegerischen Ausbildungsgängen für alle Spezialitäten und Sonderbereiche der Pflege in der Grundausbildung zu qualifizieren, da der Fortschritt, die breite Spreizung der Versorgungsspezialisierung und der rasche Wechsel der betroffenen Menschen von einem Versorgungssetting in das andere dies schon längst obsolet gemacht haben.

Wird die Pflegebildung in Deutschland nicht in ein schlüssiges Gesamtkonzept generalisierter Grundbildung mit nachfolgender Spezialisierung überführt, wird die heute beobachtbare Diversifizierung des Pflegeberufs in eine Unzahl von Teilqualifikationen und Teilberufen zu einem letztlich nicht mehr steuerbaren Qualitätsrisiko in der Versorgung für die zu Pflegenden.

Wie eine generalistische Pflegeausbildung in ein in sich schlüssiges Gesamtkonzept pflegerischer Bildung einzubinden ist, das sowohl die horizontale als auch die vertikale Durchlässigkeit garantiert, hat der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe in seinem Bildungskonzept von 2006/2007 umfassend dargelegt.

6. Generalistische Ausbildung aus der Perspektive einer Altenpflegeschule

Ursula Klotz

Angehende Pflegefachpersonen müssen flexibel sein und sich auf die Herausforderungen im Gesundheitswesen einstellen können. Die Bevölkerung wird älter, chronische Erkrankungen gehören zum Betreuungsbild, immer mehr Menschen bedürfen in ihren „eigenen vier Wänden“ nicht nur medizinisch-pflegerischer Betreuung, sondern auch der Unterstützung in der Tagesgestaltung. Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen haben mittlerweile einen Fächer von Möglichkeiten an Wohnformen mit Unterstützung, nicht mehr nur das klassische Pflegeheim. Entsprechend vielfältig sind auch die Einsatzmöglichkeiten der ausgebildeten Pflegefachpersonen. Schon lange ist bekannt, dass viele Gesundheits- und Krankenpfleger/innen in der Altenhilfe arbeiten, sich ganz bewusst für eine langfristige Lebensbegleitung entschieden haben, in der ein ganzheitliches Vorgehen eher möglich ist als im klinischen Bereich, der gekennzeichnet ist durch einen raschen Wechsel der Klienten. Neu ist, dass es gerade nach der Umsetzung des Altenpflegegesetzes von 2003 auch für Absolvent/innen der Altenpflege Einsatzmöglichkeiten gibt, die nicht der klassischen Altenhilfe entsprechen. Immer mehr Altenpfleger/innen arbeiten mittlerweile Seite an Seite mit den Kolleg/innen der Krankenpflege, z. B. in Stroke units, einem Bereich, der durch die Intensivbetreuung vor allem älterer Menschen bestimmt wird. Hier geht es also in hohem Maße um die Sicherheit der sog. ‚Behandlungspflege‘, um professionelle Beobachtung, aber auch um ein adäquates Eingehen auf die Bedürfnisse und Bedarfe des alten Menschen. Neben den einschlägigen Pflegehandlungen stehen hier auch die Beratung und der Umgang mit temporärer oder genereller Desorientierung aufgrund des Ortswechsels, der Medikamente oder einer Demenz an. Wichtig sind aber auch der emotionale Beistand und die Motivierung, wenn es darum geht, dass sich demnächst alles ändern wird, weil die zu pflegende Person für den Rest ihres Lebens in ihrer Selbständigkeit eingeschränkt bleiben wird.

In der Realität gibt es heute tatsächlich kaum einen klinischen Bereich, der nicht vorwiegend ältere Patienten betreut. Und in den Einrichtungen der Altenhilfe, ob ambulant oder stationär, liegt das Hauptarbeitsgebiet der Pflegefachpersonen, egal, ob Alten- oder Krankenpflege, schon aus Finanzierungsgründen in der Regel im Bereich der ‚Behandlungspflege‘.

Im Rahmen der 2100 Unterrichtsstunden, die für die Altenpflege- wie für die Krankenpflegeausbildung seit 2003/2004 gelten, wurden diese Aspekte bereits z. T. berücksichtigt. Die Ausbildung soll in beiden Bereichen die Handlungskompetenz stärken. Exemplarisches Lernen, eigene Motivation und Haltung stehen im Mittelpunkt – und natürlich auch praktische Erfahrungen, die in verschiedenen relevanten Einsatzgebieten der Pflege gemacht werden müssen. Dies stellt sich im Moment in der Altenpflegeausbildung als klares Manko heraus. Ganzheitlichkeit kann nur gelebt werden, wenn man weiß, was „vorher“ war und, was „nachher“ kommen kann – der Blick über den Tellerrand also - *Wie geht es Herrn Sommer, wenn er ins Krankenhaus kommt? Was kann ich für ihn tun – vorher, währenddessen oder danach?*

Wenn sich also das Aufgabenfeld erweitert, komplexer wird, dann kann es nicht mehr genügen, so viele Krankheiten wie möglich im Unterricht durchzugehen, sondern die Schüler/innen zu befähigen, sich die entsprechenden Kompetenzen zu erarbeiten. Es gibt erfahrungsgemäß ausgezeichnete Pflegefachpersonen in Bereichen, die sie die ganze Ausbildung über nie in der Praxis kennengelernt haben. Sie mussten sich weiterbilden, sich auf das neue Gebiet einlassen können.

Ein weiteres Argument, eine solide gemeinsame Ausbildung zu gestalten, ist die fast durchgängig fehlende Anerkennung der Qualifikation Altenpflege im europäischen Ausland. Das ist nicht zeitgemäß und macht gut qualifiziertes Fachpersonal selbst in ihren originären Bereichen im Ausland zu Ungelernten bzw. Assistenten.

Absolventen beider Ausbildungsbereiche sollten in den sich verändernden pflegerelevanten Handlungsfeldern umfassend einsetzbar sein, wissenschaftlich fundierte Konzepte entwickeln und diese professionell umsetzen können. Die zukünftige Berufsausbildung muss Pflegefachpersonen befähigen, Menschen aller Altersgruppen professionell und bedürfnisentsprechend zu pflegen. Übergreifend sind umfassende Kompetenzen in den Bereichen Prävention, Beratung und Rehabilitation notwendig.

Die Koalitionspartner sind sich einig – die Generalistische Ausbildung soll kommen. Gesellschafts- und berufspolitisch muss hier jedoch Einiges vorbereitet werden. Es müssen adäquate Rahmenbedingungen und Finanzierungsmodelle entwickelt werden, Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote für

Pflegefachpersonen konzipiert werden. Wichtig wird hierbei insbesondere die Frage der Schulform und der praktischen Ausbildung sein. Der an der Langzeitpflege orientierte Auftrag einer umfassenden Versorgung älterer Pflegebedürftiger erfordert von den in diesem Feld tätigen Pflegefachpersonen vertiefte Kenntnisse der Lebensumstände (z. B. im Wohn-, Familien- und sozialrechtlichen Bereich) und damit andere Kompetenzen als in der Pädiatrie, der Chirurgie oder der Gynäkologie. Dem Wissenserwerb muss dann auch eine angemessene Zeit zugestanden werden.

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe¹¹ „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ hatte die Aufgabe, die wesentlichen Inhalte für ein neues Pflegegesetz zu entwickeln. Die darin formulierten Ausbildungsziele orientieren sich auch an dem neu vorgeschlagenen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Für uns als Berufsfachschule für Altenpflege wird sich dann in erster Linie die Frage nach der inhaltlichen Umsetzung der beschriebenen Anforderungen stellen.

An unserer Altenpflegeschule haben wir bereits begonnen, uns auf die generalistische Ausbildung vorzubereiten. In einem Beirat formulieren wir Statements mit berufspolitischer Aussagekraft. Dabei geht es im Moment vorrangig darum, Aspekte der Ausgestaltung einer möglichen Generalistischen Ausbildung aus verschiedenen Perspektiven zu beleuchten und Einflussmöglichkeiten sichtbar zu machen.

¹¹ Eckpunktepapier zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufsgesetzes, Bund-Länder-Arbeitsgruppe, Weiterentwicklung der Pflegeberufe vom 1. März 2012

7. Generalistische Ausbildung aus der Perspektive Modellprojekte und Schulleitung

Christine Vogler

Die Pflegeausbildung hat sich in den letzten 20 Jahren nachhaltig verändert. Eine Vielzahl von Modellprojekten sind gefördert und wissenschaftlich begleitet worden.

In übergeordneten Studien¹² sind die Erkenntnisse aus den Modellausbildungsgängen bewertet und Empfehlungen für Reformen im Rahmen der Pflegebildung begründet worden.

Nach Beendigung der Förderung haben sich einige Schulen aufgrund der überzeugenden Ergebnisse für die selbständige Weiterführung der Modellprojekte entschieden. Die Erfahrungen in der Theorie und Praxis waren überzeugend, der Arbeitsmarkt hat die Absolventen positiv und vollständig aufgenommen, die Rückmeldungen in allen (Fach-) Bereichen waren erfreulich. Die Wannsee Schule e.V. (Berlin), bietet seit 2004 - zunächst modellhaft und seit 2009 regulär - Pflegeausbildung konsequent generalistisch an. Aufgrund des bestehenden Berufsgesetzes von 2003 schließen die Absolvent/innen mit der Gesundheits- und Krankenpflege ab und erhalten ein Zertifikat, welches die Generalistik bescheinigt.¹³

Empfehlungen aus den Erkenntnissen der Modellprojekte

Die Pflegeausbildung ist grundsätzlich neu zu entwickeln und im Rahmen eines allgemeinen Pflegeberufes anzusiedeln, dabei werden die traditionellen Berufsbilder aufgelöst.

Alle evaluierten Modellprojekte (Integriert, Integrativ und Generalistisch) zeigten große gemeinsame Schnittstellen zwischen den Pflegeberufen. Bei den vorhergesagten künftigen Aufgabenprofilen sind Ausbildungsinhalte zu vermitteln, die das Grundsätzliche darstellen und Kompetenzen vermitteln, die die Pflegenden dazu befähigen, alters- und kontextbezogene pflegerische Handlungen herleiten zu können.

¹² ipp Bremen 2009, BMFSFJ 2009, TIP Netzwerk 2009

¹³ Aufgrund der begrenzten Darstellungsmöglichkeit, verweise ich bei stärkerem inhaltlichen Interesse auf die im Netz veröffentlichten Curricula und Berichte auf der Homepage des Wannsee Schule e.V. (<http://www.wannseeschule.de/download.php>)

Schaffung einer einheitlichen Berufsbezeichnung

Eine Begrifflichkeit, die die pflegerische Grundausbildung mit dem erreichten Kompetenzspektrum abbildet, ist ohne Alterssystematik zu schaffen. Gleichzeitig befördert eine neue Berufsbezeichnung Akzeptanz u.a. in den unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen und in Europa für den neuen Beruf der generalisierten Pflegefachpersonen.

Schaffung einer einheitlichen Ausbildungsfinanzierung

Um die Ausbildung quantitativ und qualitativ zu sichern und dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, benötigen wir eine sichere, angemessene und unabhängige Ausbildungsfinanzierung. Dabei müssen alle Beteiligten (Ambulant – Stationär – SGB V, IX, und XI - Länder) gleichermaßen berücksichtigt werden. (BMFSFJ, 2013)

Herstellung einer umfassenden Durchlässigkeit im Bildungssystem

Zukunftsorientierung, Karrierefähigkeit und EU-Kompatibilität steigern die Konkurrenzfähigkeit und Attraktivität des Pflegeberufes. Dabei gilt es, von der pflegerischen Assistenzausbildung über die generalistische Ausbildung bis zum grundständig generalisiert-akademisierten Pflegestudium einheitliche Bildungsstrukturen bundesweit zu schaffen.

Einheitliche und vergleichbare Qualifizierung von Lehrenden in der Theorie & Praxis

Die Qualifikation der Lehrenden muss dem allgemeingültigen Standard von Lehrer/-innen an beruflichen Schulen entsprechen, um den veränderten Ausbildungsbedingungen Rechnung zu tragen. Die Qualifizierung der Praxislehrer/innen muss in einer neuen Weiterbildungsordnung dem praktischen Ausbildungsniveau entsprechen können.

Neukonzipierung des Weiterbildungssystems

Die neue Ausbildungsstruktur wird eine breite berufliche Basisqualifikation garantieren. Vertiefung und Differenzierung (z.B. in Alten- oder Kinderkrankenpflege) werden in Weiterbildungen/ Studienangeboten möglich sein, die den arbeitsspezifischen Anforderungen der Pflegesettings angepasst werden. Damit würde man sowohl dem Wunsch nach „Generalisten“ als auch nach „Spezialisten“ entsprechen.

Empfehlungen für eine zukünftige generalistische Pflegebildung aus dem generalistischen Ausbildungsalltag in Theorie und Praxis und von 114 Absolventinnen und Absolventen - Zusammengefasst aus der Sicht der Schulleitung

Für das Kollegium der Wannsee Schule und den kooperierenden Kliniken und Pflegeeinrichtungen stellt sich die Frage nach der Sinnhaftigkeit einer generalistischen Pflegeausbildung nicht mehr. Wir erleben die Machbarkeit des Konzeptes jeden Tag. Die Schüler/innen wachsen mit der Generalistik auf und lernen es, die Perspektiven von Menschen aller Altersgruppen wahrzunehmen. Die Umsetzung in die berufliche Handlung gelingt ihnen mit Hilfe der Praxisanleiter/innen vor Ort mit hoher Qualität.

Nach der Ausbildung entlassen wir unsere Absolvent/innen mit einem breiten Kompetenzspektrum. Die Rückmeldungen der beteiligten Kliniken und Pflegeeinrichtungen bestätigen dies ausnahmslos.

Aufgabe des Gesetzgebers ist es nun, die vielen Projektevaluationen in ein neues Berufsgesetz münden zu lassen. Dabei sollte es gelingen, die verschiedenen Interessen zusammenzuführen und attraktive, anerkannte Pflegeberufe zu schaffen, die unterschiedlichen Qualifikationsstufen gerecht werden.

Folgende – über die curriculare Arbeit hinausgehende - Ergebnisse wollen wir hervorheben:

- Die Schaffung eines neuen Pflegeberufes, welcher eine breite Basisqualifikation bietet und Kompetenzen vermittelt, die dazu befähigen, anwendungsbezogen und herleitend zu arbeiten, garantiert grundsätzlich die Einsatzfähigkeit in allen Handlungsfeldern der Pflege. Die Differenzierung erfolgt im weiteren Berufsverlauf.
- Unsere Absolventen entscheiden sich nach Neigung und nach erlebten Arbeitsbedingungen für den Arbeitsort. Dabei ist die klinische Pflege im Bereich des SGB V zwar leicht favorisiert, aber nicht in dem Maße wie vermutet. 35% entscheiden sich für den Altenhilfebereich bzw. für den ambulanten Bereich. Dabei werden die Arbeits- und Karrierebedingungen im Altenpflegebereich durch die Absolventen schlechter empfunden. Hier gilt es das Berufsfeld zu stärken und attraktiver zu gestalten. Schüler/innen können bereits in der (generalistischen) Ausbildung in den Einrichtungen durch gute Bedingungen gewonnen werden.

- Fachkräftemangel kann man nicht nur durch Ausbildungsstrukturen beseitigen, aber ihm begegnen. Ausbildungsstrukturen müssen dem gesamten Berufsfeld angepasst sein und weitere Bildungsmöglichkeiten eröffnen. Junge Menschen suchen nach Berufen, die zu vielem befähigen und für die Zukunft Entwicklungsmöglichkeiten eröffnen. Bei den Eingangsbefragungen geben fast 80% an, die Entscheidung für die Schule u.a. aufgrund des „Generalisten“ getroffen zu haben. Eine generalistische Ausbildung eröffnet Perspektiven, schafft dadurch Attraktivität für den Beruf und sorgt für gute Bewerberzahlen.
- Die Pflegeausbildung muss durch eine adäquate Finanzierung gesichert werden. Weder Schulgelder, Anrechnungsschlüssel, jährlich auszuhandelnde Budgets usw. sind bei der heutigen Situation noch akzeptabel. Dabei muss sichergestellt werden, dass alle pflegerischen Handlungsfelder praktisch ausbilden und ggf. finanziell mitwirken. Praktische Einsatzgebiete müssen in einem neuen Berufsgesetz allen pflegerischen Handlungsfeldern entsprechen. Dabei gilt es vor allem Stationär und Ambulant in SGB V und XI angemessen zu gewichten und zu beteiligen.
- Die Sorge, für die Alten- Kinder- und Krankenpflege keine adäquaten Absolvent/innen mehr zur Verfügung zu haben, ist aus unserer Sicht unbegründet. Die generalistische Ausbildung führt zu hohen beruflichen Handlungskompetenzen, guten Basiskompetenzen, einer hohen Analyse- und Reflexionsfähigkeit sowie Flexibilität und hoher Motivation zu lebenslangem Lernen. Die abnehmende Praxis spiegelt uns das von Beginn an zurück.

8. Generalistische Ausbildung – eine Zukunftsperspektive für die Pflegeberufe?

Claudia Ott

Dass die Gesellschaft insgesamt altert, ist in der breiten öffentlichen Diskussion angekommen. In vielen Kommunen, gesellschaftlichen Institutionen, Organisationen und auch Unternehmen beginnt eine Debatte darüber, welche Anpassungsprozesse hier bewältigt werden müssen.

Die Pflegeberufe sind hier doppelt gefordert. Einerseits ist heute schon klar, dass der Bedarf an Pflegedienstleistungen stark steigen wird. Andererseits stellt sich auch für die Pflegeberufe die Frage, inwieweit das Berufsbild den zukünftigen Erfordernissen gerecht wird. Hierzu möchte ich einige Themen zusammenführen und aus meiner persönlichen Sicht Lösungswege aufzeigen.

Für junge Menschen ist der Pflegeberuf zunächst ein Beruf mit Entwicklungsmöglichkeiten und Perspektive. Dazu gehört ein abwechslungsreiches Berufsbild mit Einsatzmöglichkeiten in den verschiedenen Bereichen:

- Arbeit mit und am Menschen
- Pflege
- Medizin
- Gesundheitsvorsorge
- Technik
- Organisation, um nur einige zu benennen.

Zu guten Perspektiven gehören auch vielfältige Möglichkeiten der beruflichen Weiterentwicklung und Karrieremöglichkeiten.

Diese Bereiche gelten, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung, sowohl für die Gesundheits- und Krankenpflege als auch für die Altenpflege.

Die hier aufgezeigten Tätigkeitsfelder, Einsatzmöglichkeiten und beruflichen Perspektiven werden in der Außenwirkung für die Bevölkerung als nahezu deckungsgleich wahrgenommen.

Dies liegt vor allem daran, dass sich die Alterung der Gesellschaft in fast allen Arbeitsfeldern der Pflegeberufe widerspiegelt. Die Pflegeleistungen werden in der Häuslichkeit erbracht, in Krankenhäusern, in Reha-Kliniken, in stationären Pflegeeinrichtungen, in Hospizen, in Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen und anderen vielfältigen offenen Betreuungsformen, die zur Zeit entstehen (z. B. Mehrgenerationenhäuser). Für Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen stehen grundsätzlich alle Arbeitsfelder der Erwachsenenpflege offen, da sie hier leistungsrechtlich als Pflegefachpersonen anerkannt sind.

Nicht nur der Ort, an dem die Pflegeleistungen erbracht werden können, ist vielfältig. Auch die Einsatzmöglichkeiten der verschiedenen Pflegeberufe überschneiden sich so stark, dass eine Abgrenzung sehr schwer fällt. In Zukunft wird die Beratung und Prävention eine immer größere Rolle in den Arbeitsfeldern der Pflege spielen. Auf die beiden letztgenannten Aspekte sind die Pflegeberufe zurzeit nicht ausreichend ausgerichtet.

Die Gesundheits- und Krankenpflege ist in ihrer Ausrichtung auf die Pflege im Akutkrankenhaus und auf die Behandlungspflege geprägt. Die alternde Gesellschaft führt dazu, dass für eine gute pflegerische Versorgung im Krankenhaus hier der Horizont erweitert werden muss. Ein Beispiel hierfür ist die akutmedizinische Behandlung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Diese werden in vielen Krankenhäusern akutmedizinisch und medizinisch-pflegerisch in Bezug auf die Akuterkrankung gut versorgt. Die spezifischen Bedürfnisse dieser Menschen, die sich aus ihrem Krankheitsbild Demenz ergeben, werden im Krankenhaus oft nicht optimal pflegerisch aufgenommen. Gerade die Fachabteilungen für Geriatrie in der Akutmedizin zeigen, dass ein Zusammenführen der Kompetenzen der Gesundheits- und Krankenpflege und der Altenpflege in gemischten Teams hier sehr fruchtbar sein kann. Dann besteht allerdings für beide Berufsgruppen erheblicher Fortbildungsbedarf. Die Frage nach der Zusammenführung der Berufsbilder stellt sich hier offensichtlich.

Die Altenpflege kommt von ihrem Selbstverständnis aus einer unterstützenden und lebensbegleitenden Perspektive. Es geht darum, alte Menschen in ihrem alltäglichen Leben dort zu unterstützen, wo sie ihr Leben nicht mehr selbst bewältigen können. Dabei ist die Unterstützung bei der Körperpflege und Nahrungsaufnahme ein Aspekt, aber auch die Alltagsgestaltung spielt eine große Rolle. Der schnelle medizinische

Fortschritt führt dazu, dass heute Menschen in die Häuslichkeit bzw. in stationäre Pflegeeinrichtungen entlassen werden, die dann einer komplexen krankheitsbezogenen pflegerischen Versorgung bedürfen. Viele Altenpfleger/innen sind damit überfordert. Zum einen ist die krankheitsbezogene Pflege (sog. ‚Behandlungspflege‘) nicht in jeder Altenpflegeausbildung im Fokus. Zum anderen sind die fachlichen Veränderungen durch den medizinischen Fortschritt rasant. Die Entwicklung des modernen Wundmanagements ist hierfür ein Beispiel. Auch hier führt eine generalistische Ausbildung zu erheblichen Synergieeffekten.

Das Papier der Bund-Länder Arbeitsgruppe zur Vorbereitung eines Pflegeberufgesetzes vom 01.03.2012 weist aus meiner Sicht den richtigen Lösungsweg. Mit einem Pflegeberufgesetz würde eine gemeinsame Rechtsgrundlage für die Ausbildung der Pflegeberufe geschaffen. Die Ausbildungen werden zusammengeführt und ein einheitliches pflegerisches Basiswissen wird vermittelt. Daneben können dann schon in der Ausbildung Schwerpunkte gesetzt werden. Durch eine darauf aufbauende, gut strukturierte Fort- und Weiterbildung wird die Durchlässigkeit der Arbeitsorte größer. Vom Krankenhaus ins Pflegeheim und umgekehrt oder von der häuslichen Pflege in ein Hospiz, begleitet durch eine fundierte Fort- und Weiterbildung. Das Berufsfeld gewinnt für junge Menschen eine höhere Attraktivität, da allen Pflegefachpersonen grundsätzlich alle Arbeitsfelder offen stehen, und dies bei hoher Fachlichkeit. Die zurzeit existierenden beruflichen Sackgassen können vermieden werden.

Wichtig ist auch, dass eine berufliche Umorientierung erleichtert wird. Der kurze Verbleib von Pflegefachpersonen in ihrem Berufsfeld könnte so gestoppt werden, da einseitige Belastungen über einen Wechsel des Arbeitsbereiches in der Pflege besser vermieden werden können. Das Ziel muss sein, dass Pflegefachpersonen in ihrem Arbeitsfeld bis ins Rentenalter vollbeschäftigt sein können und dies bei körperlicher und psychischer Gesundheit.

Ein wichtiger Aspekt in einem Pflegeberufgesetz ist auch die Ermöglichung der selbständigen Ausübung von heilkundlichen Aufgaben durch Pflegefachpersonen. Der Unterversorgung durch Ärztemangel in ländlichen Regionen könnte hier strukturell begegnet werden. Hier gibt es eine Aufgabe für die Hochschulen in der pflegefachlichen Ausbildung. Die pflegewissenschaftlichen Studiengänge hätten ein klares Ausbildungsziel

und auch für den Einsatz der Hochschulabsolventen gäbe es dann im Gegensatz zu heute klar beschriebene Aufgabenfelder.

Insgesamt mag es schwer sein, sich von den tradierten bestehenden Strukturen zu lösen. Hier erweisen sich Pflegefachpersonen und ihre Verbandsvertreter nicht immer als zukunftsgerichtet, innovativ und gestaltend. Aus meiner Sicht ist der oben beschriebene Weg für eine Zukunftsfähigkeit der Pflegeberufe unumgänglich. Dass sich auch die Finanzierungsfragen lösen lassen, hat die Prognos-Studie „Forschungsgutachten zur Finanzierung eines neuen Pflegeberufe-gesetzes“ vom 20. Juli 2013 gezeigt.

Wir müssen junge Menschen für das spannende, abwechslungsreiche und anspruchsvolle Berufsfeld der Pflege begeistern! Dann bewältigen wir auch die Aufgaben, die eine alternde Gesellschaft mit sich bringt.

Auszug Literatur

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009): Pflegeausbildung in Bewegung – Ein Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/PiB_Abschlussbericht.pdf

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (2007): Pflegebildung offensiv: Das Bildungskonzept des DBR, München

Deutscher Pflegerat (2009): Memorandum zur Pflegebildung. http://www.deutscher-pflegerat.de/Downloads/DPR%20Dokumente/dpr_memorandum_Pflegebildung_2009-05-28.pdf

Deutscher Verein (2009): Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Pflegeausbildungen. Download unter: http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/bildung/Weiterentwicklung_der_Pflegeausbildungen/

Europäische Union (2005): Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen v. 07.09.2005, Amtsblatt L 255 v. 30.09.2005, S. 22-142

Europäische Union (2013): Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, Amtsblatt L 354 v. 28.12.2013, S. 132-170

International Council of Nurses (2003): Framework of Competencies for the Generalist Nurse. Bd.1, Genf

International Council of Nurses (2003): An Implementation Model for the ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse Bd.2, Genf

Stöver, M/Görres, S. (2009): Qualitätskriterien für Best Practice in der Pflegeausbildung – Synopse evaluierter Modellprojekte. Abschließender Projektbericht. Institut für Public Health und Pflegeforschung Universität Bremen http://www.public-health.uni-bremen.de/downloads/abteilung3/abschlussbericht_best_practice.pdf

Robert Bosch Stiftung (2000): Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart

Steffen P/Löffert S (2010): Ausbildungsmodelle in der Pflege, Düsseldorf
<https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/endbericht-ausbildungsmodelle-in-der-pflege.pdf>

Transfernetzwerk Innovative Pflegeausbildung (2009): Positionen zur Ausbildung in den Gesundheits- und Pflegeberufen 2009; <http://www.tip-netzwerk.de/pdf/Positionspapier-TiP-2009.pdf>

WHO Regionalbüro Europa (1990): Europäische Pflegekonferenz, Bericht einer WHO-Tagung, Wien 21.-24. Juni 1988, Dokument EUR/ICP/HSF/329, Kopenhagen

Autoren/innen

Dr. P.H. **Beate Groß** ist Krankenschwester, Erziehungswissenschaftlerin. Ausbildungen u.a. in Supervision u. Gruppenanalyse; aktuelle Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Präventions- und Ressourcenorientierung bei Hochbetagten/Pflegebedürftigen, Methoden zur reflexiven Kompetenzentwicklung in der Alten-/ Gesundheits-Krankenpflegeausbildung.

Ursula Klotz ist Gesundheits- und Krankenpflegerin, Diplom-Biologin und Diplom-Pflegepädagogin. Sie leitet die Berufsfachschule für Altenpflege der Via Verbund gGmbH.

Claudia Ott ist Gesundheits- und Krankenpflegerin, Diplom Ökonomin und Geschäftsführerin des Ev. Verbandes für Altenarbeit und pflegerische Dienste im Diakonischen Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e. V. (DWBO).

Prof. Dr. phil. **Margarete Reinhart** ist Gesundheits- und Krankenpflegerin und Diplom-Pädagogin. Sie ist Professorin für Pflege- und Gesundheitswissenschaft an der Theologischen Hochschule Friedensau. Sie ist außerdem Vorsitzende des DBfK Nordwest e.V. und Mitglied im deutschen Bildungsrat für Pflegeberufe.

Gertrud Stöcker ist Vize-Präsidentin DBfK, Vorstandsmitglied im deutschen Bildungsrat für Pflegeberufe, war Mitglied im Beratenden Ausschuss zur Krankenpflegeausbildung der Europäischen Union sowie EU-Sachverständige im Rahmen der Peer Reviews zur Überprüfung der Ausbildungsstandards in Pflegeberufen in den Beitrittsländern.

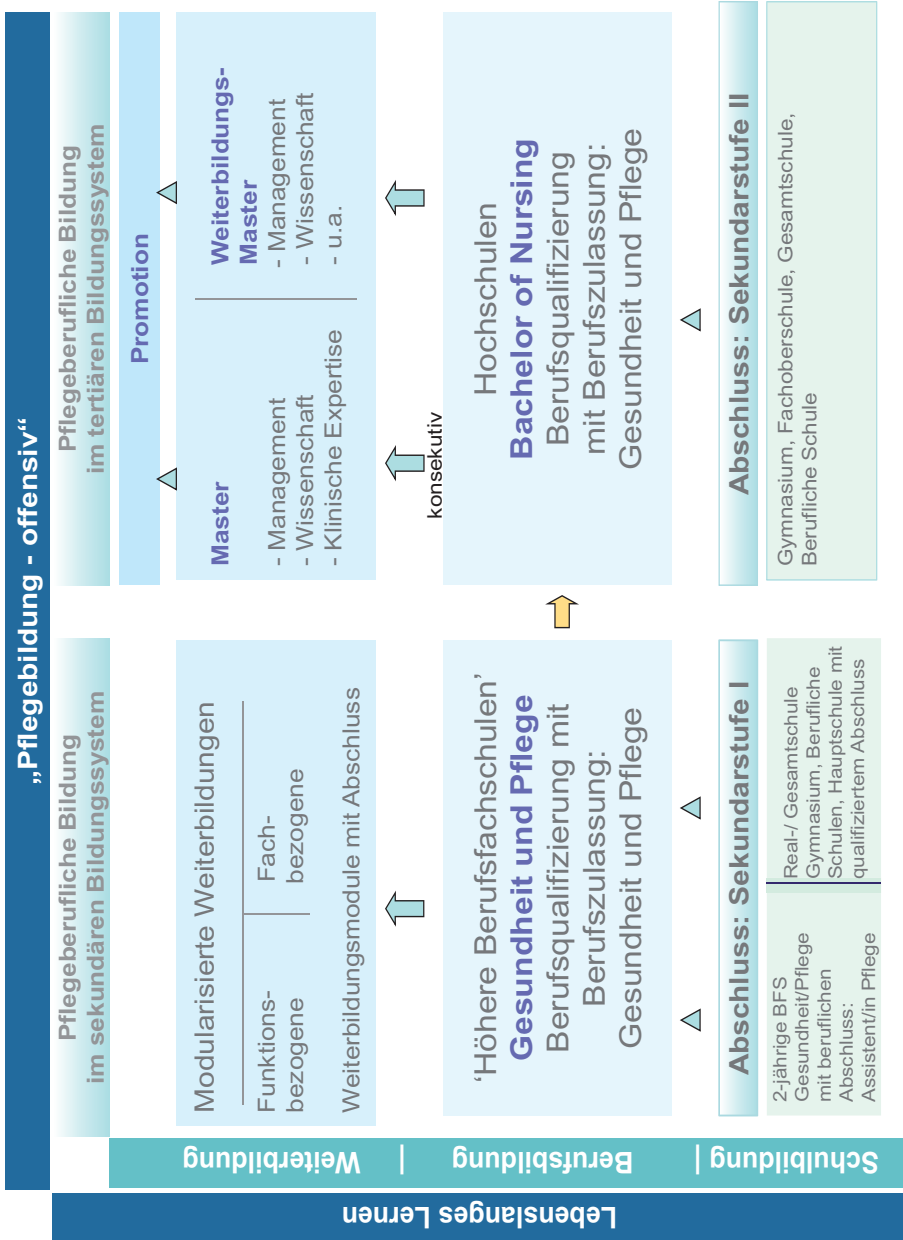
Christine Vogler ist Gesundheits- und Krankenpflegerin und Diplom-Pflegepädagogin. Sie leitet den Bildungsbereich „Pflege“ an der Wannseeschule in Berlin. Sie ist Vorsitzende des Landespflegerates Berlin-Brandenburg und der Landesarbeitsgemeinschaft für Lehrer/innen in den Gesundheitsberufen.

Franz Wagner MSc, RbP ist Gesundheits- und Krankenpfleger, Lehrer für Pflegeberufe und seit 1999 Bundesgeschäftsführer des DBfK. Er vertritt den DBfK in internationalen Berufsorganisationen darunter ICN, EFN und EFNNMA. Er ist außerdem Vize-Präsident des Deutschen Pflegerates.

Univ.-Prof. Dr. phil. **Frank Weidner**, Gesundheits- und Krankenpfleger, studierte das Lehramt an berufsbildenden Schulen mit der Fachrichtung Gesundheit, promovierter Gesundheits- und Sozialwissenschaftler,

Direktor des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. in Köln und Dekan der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Vallendar. Er hat u.a. das Bundesmodellvorhaben des BMFSFJ „Pflegeausbildung in Bewegung“ (2004 -2008) wissenschaftlich begleitet.

Stefan Werner ist Altenpfleger und Diplom-Pflegewirt (FH). Zuletzt war er Leiter einer Altenhilfeeinrichtung und arbeitet aktuell als Referent für Pflegemanagement bei einem Träger von Altenhilfeeinrichtungen. Er ist seit 2003 Mitglied der BAG Pflegemanagement und seit 2007 Vize-Präsident des DBfK.



Quelle: 2. überarbeitete Auflage, DBR 2009

**Deutscher Berufsverband
für Pflegeberufe e.V. (DBfK)**

Alt-Moabit 91
D-10559 Berlin

Tel.: +49 (0)30 219157-0

E-Mail: dbfk@dbfk.de

Web: www.dbfk.de