

B3

Titel Pflegeberufe stärken und zukunftsfähig machen

AntragstellerInnen Bayern

Zur Weiterleitung an

Pflegeberufe stärken und zukunftsfähig machen

1 In Anbetracht der historischen Entwicklung ist es nicht weiter verwunderlich, wie der Beruf, der seit Novellie-
2 rung des KrPflG 2004 die Bezeichnung „Gesundheits- und KrankenpflegerIn“ trägt, in der Gesellschaft wahr-
3 genommen wird: als ärztlicher Assistenzberuf, der eine gewisse Leidensbereitschaft, Aufopferung und Für-
4 sorglichkeit vereint und darüber hinaus mit qualifikations- und arbeitsunangemessener Bezahlung abgestraft
5 wird. Dies geschieht auch aus dem historischen Grundgedanken der Fürsorge: Bevor Frauen am Arbeitsmarkt
6 partizipieren und Lohn für ihre Arbeit einfordern konnten, blieb ihnen neben Erziehung und Hauswirtschaft
7 nur die Fürsorge. Berufe der Fürsorge und Reproduktion sind seit jeher diejenigen Berufe, die zur vermeintlich
8 natürlichen Rolle der Frau in der Gesellschaft gehörten und daher über Jahrhunderte nicht bezahlt waren: Sie
9 leisteten die Arbeit, die zur Erschaffung und zum Erhalt der Gesellschaft notwendig sind. Lange wurden diese
10 Leistungen nicht unter dem Begriff der Arbeit subsumiert. Erst durch den Zugang zu Bildung und die Errich-
11 tung von Hauswirtschaftsschulen für Frauen konnten sie Bezahlungen erkämpfen. Die niedrige Entlohnung der
12 Pflegeberufe resultieren aus dieser Historie und markieren bis heute wirkende patriarchale Strukturen.

13 Erst nach dem zweiten Weltkrieg wurde in Westdeutschland 1957 die Krankenpflegeausbildung als 2-jährige
14 Ausbildung mit einem anschließenden Anerkennungsjahr gesetzlich festgeschrieben.

15 1985 kam es zu einer entscheidenden Entwicklung in der Ausbildung der Krankenpflege: die Einführung des
16 Pflegeprozesses und die Abkehr von der Einteilung in Grund- und Behandlungspflege im Pflegeberufegesetz.
17 Die Überwindung dieser, bereits damals von PflegewissenschaftlerInnen abgelehnten, Einteilung konnte je-
18 doch bis heute nicht gelingen, da diese Begriffe nach wie vor in den Sozialgesetzbüchern V und XI definiert
19 sind. Die Vorstellung der Höherwertigkeit der Behandlungspflege ist nach wie vor im öffentlichen Bewusstsein
20 verankert, so ist die Anerkennung für technische, arztnahe Pflgetätigkeiten höher als die der Grundpflege,
21 denn „Pfleger kann jede(r)“ – das ist falsch. Laienpflege, also die meist von Angehörigen durchgeführte Pflege
22 kommt ohne fachliche Qualifikation aus, wobei für pflegende Angehörige von den Pflegekassen zunehmend
23 Pflegekurse angeboten werden. Professionelle Pflege fördert und erhält Gesundheit, beugt gesundheits-
24 lichen Schäden vor und unterstützt Menschen in der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von
25 Krankheiten und deren Therapien. Dies mit dem Ziel, für betreute Menschen die bestmöglichen Behandlungs-
26 und Betreuungsergebnisse sowie die bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu
27 erreichen.[4]

28 Seit den 90er Jahren gewinnt die Akademisierung des Pflegeberufes zunehmend an Bedeutung.

29 Dabei geht es keinesfalls darum, die 3-jährige duale Ausbildung abzulösen oder die studierten Pflegekräfte
30 weg vom PatientInnenbett zu bekommen. Auch geht es nicht darum, weitere ärztliche Aufgaben zu überneh-
31 men. Ziel ist es vielmehr, durch einen Prozentsatz von ca. 10% studierten Pflegekräften eigenständige pfl-
32 gerische Forschung und die Umsetzung pflegefachlicher Erkenntnisse voranzutreiben. Studierte Pflegekräfte
33 sind, sollen und wollen keine HilfsärztInnen sein, dennoch ist diese Entwicklung für die Emanzipation vor dem
34 ärztlichen Beruf hilfreich.

35 Die Pflege hat mittlerweile eine solide wissenschaftliche Basis, die in den letzten Jahrzehnten immer breitge-
36 fächerter wurde. Die deutschsprachigen Länder sind zunehmend dabei den Vorsprung der angelsächsischen
37 Länder in der Pflegewissenschaft aufzuholen. Die Krankenpflegeausbildung gehört zu den anspruchsvollsten
38 Ausbildungen der nichtakademischen Berufe.

39 Es ist an der Zeit, Pflegekräften vorbehaltene Tätigkeiten per Gesetzestext zu normieren neben den schon vor-
40 handenen (§4 im neuen Pflegeberufgesetz). Dies würde dazu führen, dass beispielsweise die Pflegeplanung
41 als Bestandteil des Pflegeprozesses in Krankenhäusern umgesetzt werden müsste. Hierfür müssten Pflege-
42 rische Tätigkeiten differenziert betrachtet werden können und ein Unterschied zu den ärztlichen Tätigkeiten
43 sowohl öffentlich als auch professionell dargestellt werden. Daran orientiert könnte die Erhebung pflegeri-
44 schen Versorgungsbedarfes, umgerechnet in Zeitfaktoren, die Argumentationsgrundlage für die Pflegekräfte-
45 PatientInnen-Schlüssel liefern. Dies würde, anders als ein gesetzlich verallgemeinerter Betreuungsschlüssel,
46 die Betreuungintensität unterschiedlicher Fachbereiche abbilden.

47 Ein zentrales Problem der Pflegeberufe ist der Fachkräftemangel. Dieser wird sich weiter verschärfen, je äl-
48 ter die Bevölkerung wird. Bis zum Jahr 2050 wird mit einem Anstieg der Anzahl pflegebedürftiger Menschen in
49 Deutschland um 88% gerechnet.[5] Das gesellschaftliche Ansehen des Berufes ist hoch, trotzdem ist es schwie-
50 rig, Nachwuchs zu gewinnen. Auch die Verweildauer im Beruf nach Abschluss der Ausbildung ist ein Problem:
51 nur durchschnittlich sieben Jahren bleibt eine Pflegekraft im Ausbildungsberuf.

52 Der am 22. Juni 2017 im Bundestag beschlossene und vom Bundesrat ebenfalls angenommene Reform der
53 Pflegeberufe beinhaltet eine grundlegende Neuerung: die Generalistik. „Das Pflegeberufgesetz löst ab dem 1.
54 Januar 2020 das Altenpflegegesetz und das Krankenpflegegesetz ab. Ziel ist es, die Ausbildung zur Pflegefach-
55 kraft zu modernisieren, attraktiver zu machen und den Berufsbereich der Pflege insgesamt aufzuwerten.“ So
56 steht es auf der Homepage des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Das Pflegebe-
57 rufgesetz ist eine Mogelpackung. In den beiden ersten Ausbildungsjahren sollen die drei Schwerpunkte der
58 Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege grundlegend vermittelt werden, es ist jedoch schon während der
59 ersten beiden Ausbildungsjahre ein Vertiefungseinsatz vorgesehen. Die Spezialisierung findet im dritten Aus-
60 bildungsjahr statt und sieht die drei Vertiefungsmöglichkeiten zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann,
61 zur* zum Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn oder zum* zur AltenpflegerIn vor. Lediglich die Pflegefach-
62 männer und Frauen können in allen Bereichen tätig sein. Gesundheit- und KinderkrankenpflegerInnen sind
63 europaweit genauso wie AltenpflegerInnen, nicht anerkannt und müssen erneut eine Ausbildung im Ausland
64 ablegen. Dementsprechend sind in den ersten beiden Ausbildungsjahren schon praktische Einsätze in allen
65 drei Bereichen vorgesehen. Die ersten Schwierigkeiten in der Umsetzung sind bereits absehbar, da es na-
66 turgemäß erheblich weniger Kinderkliniken als Altenpflegeeinrichtungen gibt. Damit kann die angepriesene
67 Verbesserung der Praxisanleitung niemals umgesetzt werden. Das neue Pflegeberufgesetz findet auch an
68 dieser Stelle schwammige Formulierungen:

69 7 Pflegeberufgesetz, Durchführung der praktischen Ausbildung (2) Die
70 Pflichteinsätze in den speziellen Bereichen der pädiatrischen Versorgung und der allgemein-, geronto-, kinder-
71 oder jugendpsychiatrischen Versorgung sowie weitere Einsätze können auch in anderen, zur Vermittlung der
72 Ausbildungsinhalte geeigneten Einrichtungen durchgeführt werden.

73 Welche Einrichtungen geeignet sind, soll wiederum landesrechtlich geregelt werden. Die Verantwortung liegt
74 aber im neuen Gesetz bei den TrägerInnen. Dies bedeutet das in Zukunft eventuell auch Einrichtungen über
75 den Einsatz der Auszubildenden entscheiden können. Was eine vielfältige und somit gut fundierte Ausbildung
76 verhindern könnte. Um nach dreijähriger Ausbildung praktisch arbeiten zu können und um Verantwortung
77 für Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner übernehmen zu können, muss gewährleistet
78 werden, dass während der Ausbildung zu sammelnde praktische Kompetenzen in dem Bereich erworben wer-
79 den, für dessen Arbeitsfeld der Berufsabschluss letztlich qualifiziert. Ein erfreulicher Aspekt ist an dieser Stelle
80 die Tatsache, dass 10% Anleitungszeit in Praxiseinsätzen für alle Auszubildenden gesetzlich garantiert werden
81 soll. Sichergestellt werden kann diese Praxisanleitung allerdings nur, wenn ausreichend PraxisanleiterInnen
82 vorhanden sind. Um das zu garantieren muss gesetzlich definiert werden, wie der Betreuungsschlüssel von
83 Auszubildenden und PraxisanleiterInnen festgelegt werden kann.

84 Auch die Qualifikation der LehrerInnen in den Berufsschulen wird abgesenkt:

85 9 Pflegeberufgesetz, Mindestanforderungen an Pflegeschulen

86 (3) Die Länder können durch Landesrecht das Nähere zu den Mindestanforderungen nach Absatz 1 bestimmen
87 und weitere Anforderungen festlegen. Sie können für die Lehrkräfte für die Durchführung des theoretischen
88 Unterrichts nach Absatz 1 Nummer 2 zulassen, dass die erforderliche Hochschulausbildung nicht oder nur für
89 einen Teil der Lehrkräfte auf Master- oder vergleichbarem Niveau vorliegen muss.[6]

90 Hier wird die Chance verpasst, einheitliche Standards für das gesamte Bundesgebiet zu garantieren. Stattdes-
91 sen wird, mit der zweiten Änderung der Berufsbezeichnung in 20 Jahren, Verwirrung gestiftet. Auch werden die
92 Berufsschulen in der Entwicklung neuer Lehrpläne alleine gelassen. Sie sollen Lehrpläne eigenverantwortlich
93 erstellen. Das heißt, die Abschlüsse sind von Schule zu Schule, von Bundesland zu Bundesland, unterschiedlich.
94 Es kann mit Recht bezweifelt werden, dass einheitliche Standards allein durch eine gemeinsame Prüfungsver-
95 ordnung garantiert werden können.

96 Die Stärkung des Pflegeberufes muss auch abseits rechtlicher Grundlagen in der gesellschaftlichen Wahrneh-
97 mung gestärkt werden. JedeR PflegendeR kennt es: sobald im Bekanntenkreis der Beruf zur Sprache kommt,
98 hagelt es mitleidige Blicke: schlechte Bezahlung, anstrengender Schichtdienst, Blut, Ausscheidung und Siech-
99 tum, Menschen herumwuchten, Rückenprobleme, Personalmangel, Überstunden. Das ist es meist, was von
100 den alle Jahre wiederkehrenden gesellschaftspolitischen Diskussionen hängen bleibt. Dabei ist im Bewusstsein
101 nicht einmal die seit 2004 geltende Berufsbezeichnung Gesundheits- und KrankenpflegerIn angekommen. Für
102 die meisten Patientinnen und Patienten sind die versorgenden Pflegekräfte nach wie vor „die Schwester“ oder
103 „der Pfleger“. Das wird durch die einleitend dargestellte Berufsentwicklung auf dem Stand seiner kirchlich ge-
104prägten Genese zementiert. Wir brauchen dringend eine Bundeskampagne, die die Arbeit als das darstellt, was
105 sie ist: das Verhandeln gesundheitlicher und persönlicher Krisen; ein geschulter Blick für etwaige Risiken, eine
106 breite fachliche Wissen das situationsangemessen und eine verständliche Ebene findend mit PatientInnen
107 und BewohnerInnen in Beratung, Anleitung oder Schulung vermittelt werden kann; hohe Organisationskom-
108 petenz; Handlungsfähigkeit in Notfallsituationen; die Beobachtungsfähigkeit von Auswirkungen pflegerischer
109 oder auch medizinischer Maßnahmen; um nur einige Beispiele genannt zu haben.

110 Um all diesen Tätigkeiten im Berufsalltag gerecht zu werden, brauch es vor allem eines: Zeit. Durch die Öko-
111 nomisierung des Gesundheitswesens wird dies unmöglich gemacht. Vor allem in Krankenhäusern können
112 Pflegeleistungen in der DRG[7]-Systematik nur über den Prozedurenschlüssel „hochaufwendige Pflege“ abge-
113 rechnet werden. Hochaufwendig ist daran allerdings vor allem auf die Pflegedokumentation. Pflege generiert
114 durch ihre Arbeit keinen finanziellen Mehrwert für die Kliniken, kein Wunder also, dass an dieser Stelle gerne
115 Personal eingesperrt wird.

116 Es muss ein grundlegender Paradigmenwechsel in der Pflege vollzogen werden. Die Gesundheit der Menschen
117 muss an erster Stelle stehen und nicht der Profit der ArbeitgeberInnen. Dafür braucht es entsprechende Rah-
118 menbedingungen.

119 Forderungen:

120 – Zum eigenverantwortlichen Arbeiten gehören auch Vorbehaltsaufgaben im rechtlichen Sinne. Diese
121 Vorbehaltsaufgaben müssen sowohl im Krankenpflegegesetz als auch im SGB V gesetzlich verankert werden.
122 Die im neuen Pflegeberufsgesetz in § 4 Vorbehaltene Tätigkeiten aufgeführten Aufgaben gehen nicht weit
123 genug. Die in § 5 Ausbildungsziel (3) 1. a)-g) sollen zusätzlich als vorbehaltene Tätigkeiten gelten. Es soll eine
124 Fachkommission eingerichtet werden, welche die konkreten praktischen Aufgaben daraus ableitet.

125 Weitergehend muss definiert werden, welche Aufgaben an KrankenpflegehelferInnen und sich in Ausbildung
126 befindenden Gesundheits- und KrankenpflegerInnen delegiert werden können. Dadurch wird die berufliche
127 Handlungskompetenz erhöht und das berufliche Selbstverständnis und die Wahrnehmung in der Öffentlich-
128 keit gestärkt.

129 – Pflegekräfte über das Studium an Hochschulen und Universitäten zu bringen ist nur sinnvoll, wenn
130 ausreichend Fördergelder seitens des Bundes zur Verfügung gestellt werden um an neuen Erkenntnissen zu
131 forschen. Deswegen fordern wir eine deutliche Erhöhung der Bundesmittel an die Länder, welche zweckge-
132 bunden zur Forschungsförderung im Pflegebereich einzusetzen sind.

133 – Die Einteilung in Grund- und Behandlungspflege muss aus den Sozialgesetzbüchern gestrichen wer-
134 den und durch zeitgemäße, pflegewissenschaftlich aktuelle Definitionen ersetzt werden, die die Komplexität
135 pflegerischen Handelns abbilden.

136 122– Wir setzen uns ein für eine deutliche Erhöhung der Löhne für Beschäftigte im Pflegeberuf.

137 Gleichzeitig soll darauf geachtet werden, dass damit keine Reduktion der Arbeitsplätze einhergeht. Hierfür
138 müssen sich sowohl Gewerkschaften, als auch die Arbeitgeberseiten aus Bund und Ländern einsetzen. Auch
139 fordern wir die Erhöhung des bundesweiten geltenden Pflegemindestlohns auf 12,50€.

- 140 – Des Weiteren ist die Verringerung der Wochenarbeitszeit auf 30 Stunden unumgänglich, um ausrei-
141 chend Freizeitausgleich zu gewährleisten.
- 142 – Um den Aufbau von Überstunden durch Einspringen aus dem geplanten Frei zu verhindern, hilft nur das
143 Einrichten eines Springerpools, mit KollegInnen, die für Rufbereitschaft bezahlt werden und notfalls kurzfris-
144 tige Personalausfälle kompensieren können. Dazu muss es eine bindende gesetzliche Regelung geben
- 145 – Es soll eine Kommission eingerichtet werden, die gemeinsam mit beruflichen InteressensvertreterIn-
146 nen, VertreterInnen der Berufsschulen und pflegepädagogischen ExpertInnen Vorschläge für einen bundes-
147 weiten Lehrplan entwickelt.
- 148 – Um bundesweit einheitliche Standards der Pflegeausbildung zu gewährleisten, müssen auch bundes-
149 einheitliche Regelungen für die Ausbildung gelten. Ein Problem am Pflegeberufegesetz ist es, dass oftmals
150 ohne große Rahmenvorgaben Angelegenheiten an die Länder weiterdelegiert werden.
- 151 – In Ausbildungseinrichtungen müssen 20% der Pflegenden PraxisanleiterInnen sein, um Praxisanleitung
152 aller Auszubildenden sicherstellen zu können.
- 153 – Wir fordern ein bundesweites Gesetz, welches das Ziel hat, die gesellschaftliche Wahrnehmung des
154 Berufes zu verbessern.
- 155 [1] Höppner 2004, S.23
- 156 [2] Stationsleitung, Pflegedienstleitung, Pflegedirektion
- 157 [3] Es gab keine weiblichen Ärzte zu dieser Zeit, daher nicht gegendert
- 158 [4] Im Rahmen des Projektes "Zukunft Medizin Schweiz" entwickelte Definition Professioneller Pflege
- 159 [5] Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2, 2010
- 160 [6] Referentenentwurf Bundesgesundheits- und -familienministerium
- 161 [7] Diagnosis related groups