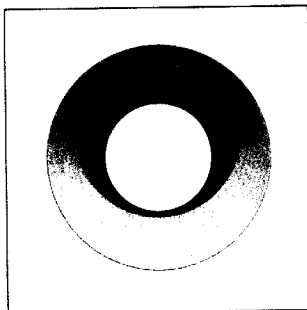


ZUKUNFT DER PFLEGE – ZUKUNFT DER PFLEGEBERUFE



GESPRÄCHSKREIS
ARBEIT UND SOZIALES
NR. 41

**FRIEDRICH
EBERT 
STIFTUNG**

Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung
Abt. Arbeits- und Sozialforschung

Geprächskreis Arbeit und Soziales
Nr. 41

Zukunft der Pflege – Zukunft der Pflegeberufe

Eine Tagung
der Friedrich-Ebert-Stiftung
am 9. Juni 1994 in Erfurt

Inhalt

Ruth Brandherm Vorbemerkung	5
Christa Lörcher Situation und Entwicklung der Pflege und der Pflegeberufe: Eine gesellschaftspolitische Aufgabe	7
Birgit Kleinstück/Edelgard Neukirch "Aufbruch" der Pflege in den neuen Bundesländern	13
Barbara Meifort "Pflegenotstand" in den alten Bundesländern – Zur Situation der ambulanten und stationären Pflege und des Pflegepersonals aus der Sicht der Berufsbildungsforschung	31
Sabine Kühnert Sozialer und demographischer Wandel als Rahmenbedingungen für die Zukunft der Pflege – Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungsstrategien zur Professionalisierung der Pflege	49
Paul Vath Gesundheitsstrukturgesetz und Pflegeversicherung – Eine Herausforderung für die Pflegeberufe und eine Chance zur Professionalisierung –	61

ISBN: 3-86077-302-X

Herausgegeben vom
Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung
Abt. Arbeits- und Sozialforschung
Godesberger Allee 149, 53175 Bonn

Dezember 1994

Statements zum Thema: Perspektiven für die Aus- und Weiterbildung in Pflegeberufen

Brigitte Bach ÖTV	77
Marita Bauer Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe	81
Angelika Drewelow Medizinische Schule am Carl-Thiem-Klinikum	89
Peter Ludwig Eisenberg Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit	93
Michael Hack Arbeiterwohlfahrt	101
Hermann Kurtenbach Bundesministerium für Gesundheit	105
Referenten, Tagungs- und Diskussionsleitung	115

Vorbemerkung

Die Diskussion um die Situation und die Perspektiven der Pflege und der Pflegeberufe ist im Zusammenhang mit den veränderten und sich verändernden gesellschaftlichen Bedingungen und daraus resultierenden neuen Anforderungen und Anpassungsbedarfen zu sehen: Alle vorliegenden Prognosen gehen davon aus, daß in Zukunft der Betreuungs- und Pflegebedarf von chronisch kranken, alten und behinderten Menschen angesichts der demographischen Veränderungen und der gestiegenen Lebenserwartung zunehmen wird. Die Einführung der Pflegeversicherung führt nach Einschätzung von Experten zu einem Bedarf von etwa 150.000 neuen Pflegekräften. Die Diskrepanz zwischen wachsendem Bedarf an Pflege und Pflegepersonal und den zur Verfügung stehenden Fachpersonal wird durch eine hohe Abwanderungsrate ausgebildeter Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zusätzlich verstärkt. Eine verschärfte Pflegelücke scheint vorprogrammiert.

Die Pflege sieht sich aber auch vor neue inhaltliche Anforderungen gestellt: Präventive, gesundheitssichernde und -fördernde, rehabilitative Aufgaben sowie eine problem- und patientenangemessene Gestaltung der Versorgung gewinnen zunehmend an Bedeutung.

Dies macht es notwendig über die zukünftige Gestaltung der Aus- und Weiterbildung der Pflegekräfte sowie über die zukünftige Gestaltung der Pflege nachzudenken.

Bei vielen Pflegekräften ist inzwischen ein verändertes berufliches Selbstverständnis und eine stärkere Betonung des eigenständigen Anteils der Pflege an der Gesundheitssicherung und -herstellung festzustellen. Dies findet seinen Niederschlag u.a. darin, daß seit Ende der 80er Jahre auch in der Bundesrepublik die Berufsverbände und Gewerkschaften für eine stärkere Professionalisierung und für eine Verwissenschaftlichung der Pflegeberufe eintreten.

Die Entwicklung im Bereich der Pflege und der Pflegeberufe hängt von unterschiedlichen Bedingungen und Einflüssen ab. Sie genauer auszulo-

ten und damit zu einem besseren Problemverständnis und zu problemadäquateren und konsensfähigen Lösungen zu gelangen, war die Intention einer Fachkonferenz des Gesprächskreises Arbeit und Soziales der Friedrich-Ebert-Stiftung am 9. Juni 1994 in Erfurt.

Mein Dank gilt den Referenten und Referentinnen unserer Konferenz sowie den Teilnehmern und Teilnehmerinnen an einem Podiumsgespräch zu den Perspektiven für die Pflegeberufe, die uns ihre Beiträge zur Veröffentlichung zur Verfügung gestellt haben. Für die Organisation und Vorbereitung der Konferenz und ihren gelungenen Ablauf bedanke ich mich bei Maha Rindermann, die auch für die Erstellung der Broschüre verantwortlich war.

Dezember 1994

Ruth Brandherm

Christa Lörcher

Situation und Entwicklung der Pflege und der Pflegeberufe: Eine gesellschaftspolitische Aufgabe

Mein beruflicher und politischer Bezug zum Thema "Zukunft der Pflege – Zukunft der Pflegeberufe": Bis Anfang September letzten Jahres habe ich als Unterrichtsschwester für Alten- und Krankenpflege an einer staatlichen Altenpflegeschule gearbeitet, davor in einer privaten Altenpflegeschule; praktische Erfahrungen habe ich aus meiner Tätigkeit in Alten- und Pflegeheimen, Sozialstationen, bei psychisch Kranken, im Allgemeinkrankenhaus und in der Gerontopsychiatrie.

Seit September letzten Jahres bin ich für einen Kollegen aus Baden-Württemberg in den Bundestag nachgerückt; ich arbeite in den Ausschüssen Bildung und Wissenschaft sowie Familie und Senioren. Sie werden verstehen, daß die bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung für mich z.Z. eines der wichtigsten Anliegen ist.

Erster Schwerpunkt meiner Einführung ist der Stellenwert und Umgang, den das Thema **Gesundheit**, und darin als Teilbereich **Pflege**, in Gesellschaft und Politik hat. Dazu

These 1:

"Der Stellenwert der gesundheits- und sozialpflegerischen Berufe ist gesundheits- und arbeitsmarktpolitisch hoch einzuschätzen" (Drucksache 12/5545 vom 10.8.1993, Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Antje-Marie Steen und der Fraktion der SPD, Drucksache 12/5261).

Die Bundesregierung geht von einem Beschäftigungsstand im Gesundheitswesen von rd. 2 Millionen aus und stellt fest, daß damit etwa das gleiche Niveau wie der Beschäftigungsstand in der Automobilindustrie

besteht. Die Entwicklung in diesen beiden Bereichen wird aber voraussichtlich verschieden verlaufen.

Mit rund 87% weiblichen Beschäftigten ist der Bereich Gesundheits- und Sozialpflege ein bedeutender "Frauenarbeitsmarkt" (Drucksache 12/5545, S. 9).

These 2 verdeutlicht die große volkswirtschaftliche Bedeutung des Bereichs **Gesundheit**.

"Jede zehnte Mark für Gesundheit" – 379 Mrd. DM haben wir uns im Jahr 1991 unsere Gesundheit kosten lassen (Sozialpolitische Umbau Nr. 546/1992, Presse- und Informationsdienst der Bundesregierung). Die Kosten für Gesundheit und Krankheit betragen bei einem Bruttosozialprodukt von 2,84 Bio. DM im Jahre 1991; bei etwa genauere Rechnung über 13% des Bruttosozialproduktes – damit ist der Bereich **Gesundheit** das größte Unternehmen in unserem Land.

Die Bedeutung dieses "Unternehmens" ist unterbewertet in Politik und Gesellschaft – verglichen mit dem Stellenwert, den Gesundheit für den einzelnen und die Volkswirtschaft hat.

These 3 gibt Auskunft über die Zahl der Beschäftigten in den zahlenmäßig stärksten Pflegeberufen; leider ist die Altenpflege nicht gesondert erfaßt.

Rund 700 000 Krankenschwestern/Krankenpfleger, Hebammen/Entbindungspfleger und 120 000 Helfer/Helferinnen in der Krankenpflege sowie eine nicht ausgewiesene Zahl von Altenpflegekräften (EG-Arbeitskräftestichprobe 1992, Statistisches Bundesamt) zeigen die Bedeutung der Pflegeberufe für unser Gesundheitssystem.

Die Abgrenzung von Gesundheits- und sozialpflegerischen Berufen einerseits sowie Heil- und Heilhilfsberufen andererseits und die Kompetenzschwierigkeiten zwischen Bund und Ländern haben eine Neuordnung der Pflegeberufe bisher wirksam verhindert.

These 4 zitiert eine Aussage, die mir bei meinem ersten Praktikum in einer Einrichtung der Altenhilfe vom Heimleiter nahegebracht wurde.

Die Zufriedenheit der Beschäftigten in der Pflege wirkt sich aus auf die Zufriedenheit der Patienten/Patientinnen bzw. Bewohner/Bewohnerinnen. Für die "Zufriedenheit der Beschäftigten" sind mindestens zwei wesentliche Voraussetzungen nötig:

1. Eine qualifizierte Ausbildung mit Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung
2. Rahmenbedingungen, die eine qualifizierte und die Wahrung der Menschenwürde respektierende Arbeit ermöglichen.

These 5 versucht, mögliche und wahrscheinliche Folgen der Pflegeversicherung für die Personalsituation in der Pflege abzuschätzen:

Der Bedarf an qualifizierter Pflege nimmt zu; die Einführung der Pflegeversicherung hat mehr private Dienste für Pflegeleistungen zur Folge und wird den Mangel an qualifizierten Pflegekräften in anderen Einrichtungen verstärken.

Der zuständige Minister rechnet bei Einführung der Pflegeversicherung mit einem zusätzlichen Bedarf von rd. 150 000 Pflegekräften. Bei derzeit rund 6 000 Fachkräften, die jährlich die Altenpflegeausbildung abschließen und rund 3 000, die jährlich die berufliche Arbeit wieder aufgeben, dauert es 50 Jahre, bis die Rechnung des Ministers aufgeht. Für den zusätzlichen Bedarf ist keine Vorsorge getroffen worden.

These 6 informiert über einen Schritt in der parlamentarischen Arbeit, der die Altenpflegeausbildung hoffentlich voranbringt:

Für den Beruf Altenpflegerin/Altenpfleger ist eine bundeseinheitliche Regelung "unverzichtbar" (Drucksache 12/5545, S. 9). Das Berufsbild **Altenpflege** mit traditionell sozialpflegerischem Schwerpunkt hat durch die demographische Entwicklung und das Ansteigen der

Lebenserwartung mit zunehmender Pflegebedürftigkeit in hohem Alter immer stärker heilberufliche Anteile erhalten und soll als Heilberuf auf der Grundlage von Artikel 74/Nr. 19 GG bundeseinheitlich geregelt werden. Ein Gesetzesentwurf der Bundesregierung liegt vor; der Bundesrat – bisher eher gegen eine bundeseinheitliche Regelung – hat am 20. Mai dieses Jahres beschlossen, den Antrag des Landes Hessen für ein Altenpflegegesetz einzubringen. damit ist die bundeseinheitliche Regelung einen Schritt näher gerückt; es ist zu wünschen, daß eine Verabschiedung in diesem oder im nächsten Jahr möglich ist.

These 7 betont die Notwendigkeit, nach einer qualifizierten Ausbildung entsprechende Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wahrnehmen zu können:

Zu einer qualifizierten Ausbildung in Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege müssen geregelte Möglichkeiten für Fort- und Weiterbildung geschaffen werden.

Fortbildung zur Aktualisierung von Kenntnissen und Fähigkeiten und Weiterbildung zum Erwerb zusätzlichen Wissens und Könnens mit dem Abschluß einer Zusatzqualifikation müssen auch berufsbegleitend, unter Anrechnung von Arbeitszeit, möglich sein und sind ausreichend zu fördern.

In **These 8** ist der tertiäre Bereich kurz angesprochen, ebenso auch die internationale Zusammenarbeit im Gesamtkomplex **Gesundheit**:

Die Qualifikation von Lehr- und Leitungspersonal in der Pflege muß gesichert sein über den tertiären Bereich: Studiengänge für Pflegemanagement und Pflegepädagogik, Pflegeversorgung und Pflegewissenschaft werden an Fachhochschulen und im universitären Bereich entwickelt und angeboten. Hier können wir von vergleichbaren Institutionen im europäischen und außereuropäischen Ausland lernen; Erfahrungsaustausch und internationale Zusammenarbeit sind dringend nötig.

Bei diesen Thesen stehen Strukturen, Berufsbilder und Entwicklungen im Vordergrund; zu kurz gekommen sind diejenigen, um die es uns geht: Menschen, die Pflege brauchen – Frauen, Männer, Kinder. Deswegen möchte ich mit einer Begebenheit schließen, die die Notwendigkeit unserer Arbeit zeigt.

Herr K., 84, ist sei Monaten in der Gerontopsychiatrie, weil er schreit, kratzt, spuckt, beißt und schwer zu ertragen ist für die anderen auf der Station. Als ich einmal ein paar Minuten Zeit habe, setze ich mich zu ihm und frage: "Herr K., warum schreien Sie?". Herr K., der sonst kaum einen Satz verständlich und zusammenhängend sagt, antwortet: "Damit ich weiß, daß ich noch am Leben bin". Zum Leben von Herrn K. gehört auch sein Tod: Herr K starb eine Woche nachdem er aus Kostengründen von der Psychiatrie in ein Alten- und Pflegeheim verlegt worden war.

"Aufbruch" der Pflege in den neuen Bundesländern

Unser Vortrag hat den Titel "Aufbruch" in den neuen Bundesländern und unterscheidet sich damit von dem nachfolgenden Beitrag, der einen "Notstand" thematisiert. Dabei sind wir uns bewußt, daß weder diese Polarisierung noch die Benutzung eines Schlagwortes den realen Differenzen gerecht wird. Zu unterschiedlich ist die Situation in den Krankenhäusern, den Alten- und Pflegeheimen und den ambulanten pflegerischen Diensten der neuen und alten Bundesländer.

Diese drei Bereiche sollen jeweils gesondert betrachtet und hinsichtlich der veränderten Strukturen, der Entwicklung neuer Konzepte und der Situation der Pflegebeschäftigten dargestellt werden.

1. Strukturen

Zusammenfassend soll in einem ersten Abschnitt dargestellt werden, welche grundlegenden Veränderungen es gab.¹

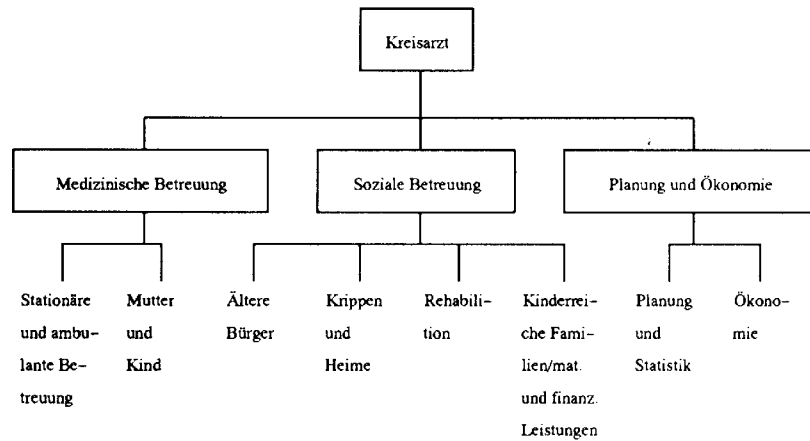
Das Gesundheits- und Sozialwesen der DDR war einheitlich staatlich geplant und zentral geleitet. Konfessionelle Einrichtungen gab es nur in geringer Zahl.²

Die Abbildung stellt die alte Leitungsstruktur auf der Ebene eines Kreises dar.

1 Kleinstück, B.; E. Neukirch u.a. 1992, S. 36.

2 1989 gab es in der DDR 540 Krankenhäuser mit 165.000 Betten, davon waren 72 Häuser mit 11.000 Betten in konfessioneller Trägerschaft, und es gab zwei private Kliniken. (Arnold, M.; B. Schirmer 1990, S. 100).

Leistungsstruktur einer Abt. Gesundheits- und Sozialwesen eines Kreises



Keck, A. 1992, S. 109.

Diese Einheitsstruktur galt es umzugestalten in ein vielfach gegliedertes System mit Träger Vielfalt.

Von den strukturellen Veränderungen waren die Einrichtungstypen in unterschiedlichem Maße betroffen. Im stationären Bereich blieben Krankenhäuser und Altenheime als Einrichtungen erhalten. Einschneidender waren die Wandlungsprozesse im ambulanten Bereich: Polikliniken und Ambulatorien, Gemeindegewerkschaften und Klubs der Volkssolidarität wurden ersetzt durch Ärztehäuser und Arzt-niederlassungen, Sozialstationen und private Hauskrankenpflegestationen sowie Seniorenklubs in unterschiedlicher Trägerschaft.

Vereinfacht gesagt veränderte sich im ambulanten Bereich fast alles und im stationären Bereich blieben die Einrichtungsstrukturen weitgehend erhalten.

Mit der Veränderung der Versorgungsstrukturen ergaben sich völlig neue Bedingungen für die Erbringung von Pflegeleistungen. Es veränderte sich die Kooperation verschiedener Entscheidungsträger und Leistungserbringer, aber auch die Zusammenarbeit innerhalb der Einrichtungen. In den Pflegeberufen zeigen die Wandlungen der Berufs-

rollen ein breites Spektrum. Sie reichen von der Etablierung völlig neuer Berufsgruppen, wie z.B. Altenpflegerin über veränderte Aufgaben und Berufsbezeichnungen in der Rehabilitation hin bis zur veränderten inhaltlichen Ausgestaltung der Pflege. Auch wenn Pflegen scheinbar gleichgeblieben ist, so befinden wir uns doch in einer Umwälzung des beruflichen Selbstverständnisses. Berufsgruppen, die vorher gut miteinander arbeiten konnten, kommen auf einmal innerhalb der sozialen Dienste nicht mehr miteinander zurecht. Es finden sich Ansätze einer wissenschaftlichen Untersuchung der Kooperation zwischen ÄrztInnen und PflegerInnen unter den neuen Leitungsbedingungen und -strukturen.³

Doch nicht nur in den Strukturen und Berufsgruppen gab es Veränderungen: nicht immer sichtbar, brachte der Systemwechsel auch Wandlungen in den Erwartungen und in der Rolle des Gepflegten, des Patienten und seiner Angehörigen mit sich, die hier ebenfalls erwähnt werden sollen. Der Betreute wird in seinem Selbstverständnis mehr und mehr zum Klienten. Das zeigt sich u.a. im Altenpflegebereich, wo die Erhöhung der Heimkosten ein verändertes Erwartungs- und Anspruchsdenken nach sich zog.

Sprunghaft verbessert hat sich nach der Wende die Ausstattung mit Heil- und Hilfsmitteln. Wo früher Mangel vorherrschte, gibt es heute die Qual der Wahl angesichts eines umfangreichen Angebots.

Durch eine Anzahl von Spenden und Fördermaßnahmen, jetzt zunehmend auch durch Haushaltsmittel konnte in den stationären Einrichtungen die bauliche und technische Situation verbessert werden.

Und nicht zuletzt veränderte sich auch die Bedeutung des Arbeitsmarktes Pflege im Rahmen der gesamten wirtschaftlichen Strukturen in den ostdeutschen Ländern. Trotz Auflösung der Polikliniken und Kapazitätsreduzierungen im stationären Bereich gibt es kaum Arbeitslosigkeit in den entsprechenden Berufsgruppen. Pflege wurde offensichtlich zu einem der wenigen krisensicheren Bereiche.

Soweit zu einigen grundlegenden Veränderungen, die für alle Einrichtungen zutreffen.

³ Hennig, A.; J. Kaluza 1992 und 1993.

Betrachten wir jetzt die einzelnen Einrichtungstypen differenzierter.

Die Umstrukturierung der **Krankenhauslandschaft** ist geprägt durch Schließung ganzer Häuser, Zusammenlegung und Umwidmung von Häusern und Auslagerung von Leistungen. Der bauliche Zustand der meisten Häuser, unwirtschaftliche Einrichtungsgrößen (als Mindestgröße gelten 200 Betten), hoher Anteil sog. Pflegefällen ("soziale Indikation" als Aufnahmegrund gemäß Rahmenkrankenhausordnung der DDR), Verkürzung der Verweildauer und perspektivisch die ambulante Erbringung von Leistungen führte und führt zu drastischen Reduzierungen der Bettenzahlen, weitere Streichungen sind vorgesehen. So verfügte das Land Brandenburg im Jahre 1989 über 73 Krankenhäuser mit 25 376 Betten. Bis zum Jahre 1991 hatte sich diese Kapazität auf 68 Krankenhäuser mit 21 680 Betten reduziert.⁴

In den **Alten- und Pflegeheimen** reduzierten sich ebenfalls die Kapazitäten, wenn auch bisher geringfügig. Schrittweise vollzieht sich die Modernisierung und die Anpassung an die Heimmindestbauverordnung. Mit den Altenhilfeplänen der Länder und Kommunen entstehen auch Konzeptionen über die künftige Nutzung der Gebäude.

Nicht alle werden als Altenheime weitergeführt. Für kleinere Einrichtungen, die keine wirtschaftliche Größe aufweisen, sind Umwidmungen in Behindertenwohneinrichtungen, Rehabilitations-, Chroniker- und Kurzzeitpflegeangebote vorgesehen. Mit 139.700 Plätzen in kommunalen und konfessionellen Feierabend- und Pflegeheimen wurde 1989 ein Versorgungsgrad von 52,4 Plätzen je 1.000 Bürger im Rentenalter erreicht.⁵ 87% der Plätze befanden sich in staatlichen Institutionen und 13% in konfessionellen Einrichtungen. Auch hier gab es sog. Fehlbelegungen. Das waren jüngere Bürger, die Betreuung und oft Schwerpflege benötigten und nicht adäquat untergebracht werden konnten. 1989 waren 15,7% der Bewohner in staatlichen Feierabend- und Pflegeheimen 3 bis unter 60 bzw. 65 Jahre alt.⁶

⁴ Krankenhausplan des Landes Brandenburg 1992.

⁵ Kleinstück, B.; E. Neukirch u.a. 1992, S. 36.

⁶ Neukirch, E.; B. Kleinstück 1993, S. 15.

Die Altenpläne in den Neuen Bundesländern gehen von einer Planungsgröße von 3% Altenheimplätze je 1.000 Bürger im Rentenalter aus. Entscheidungen über Kapazitäten und Fortführung von Einrichtungen sind in den jetzt in allen neuen Ländern vorliegenden Altenplänen der Länder festgeschrieben.

Diese Planungen sind in engem Zusammenhang mit der Entscheidung über die endgültige Trägerschaft zu sehen. Noch sind nicht bei allen vorgesehenen Einrichtungen die Trägerwechsel vollzogen. Erst die Gewißheit, welcher Träger künftig mit welchem Profil, mit welcher Kapazität und mit welchem Qualifikationsniveau der Pflegekräfte die Einrichtung betreibt, schafft eine Perspektive für die Beschäftigten.

Der kontinuierlichen Umgestaltung bei den stationären Einrichtungen steht ein völliger Umbruch im **ambulanten Bereich** gegenüber. Zur ambulanten medizinischen und pflegerischen Betreuung gehörten

- die medizinische Grundbetreuung in ihrer Einheit von Prophylaxe, Diagnostik, Therapie und Nachsorge
- die arbeitsmedizinische Betreuung
- die arbeitshygienische Beratung
- die rehabilitative Betreuung
- die häusliche Krankenpflege
- die Gesundheitsberatung.

Die ambulante medizinische Betreuung gewährleisteten 1989

- 626 Polikliniken (darunter 151 Betriebspolikliniken)
- 1.020 Ambulatorien (darunter 314 Betriebsambulatorien)
- 124 Ambulanzen
- 1.635 Staatliche Arztpraxen
- 900 Staatliche Zahnarztpraxen
- 1.967 Arztsanitätsstellen
- 1.295 Schwesternsanitätsstellen

5.585 Gemeindeschwesternstationen

341 Ärzte in eigener Praxis

447 Zahnärzte in eigener Praxis⁷

Hier hat sich in kurzer Zeit vieles verändert. Während noch gegen Ende 1990 rund 90% aller Behandlungen durch poliklinische Einrichtungen erfolgten, wurden bereits zwei Jahre später 90% der Leistungen durch freipraktizierende Ärzte erbracht. Die nach dem Einigungsvertrag noch bis 1995 zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen Polikliniken und Ambulatorien lösten sich zum größten Teil auf oder wurden in andere Praxisformen überführt.⁸

Das Betriebsgesundheitswesen (es betreute 90% der Werktätigen, das waren 1988 ca. 7,4 Millionen Bürger) existiert als Faktor der ambulanten medizinischen Versorgung nicht mehr.

Die pflegerische (und soziale) Betreuung wurde durch den Polikliniken zugeordnete Gemeindeschwestern geleistet, die hauswirtschaftliche Betreuung übernahm die Volkssolidarität mit ihren haupt- und ehrenamtlichen Hauswirtschaftspflegerinnen.

Nach der Übernahme bundesdeutscher Regelungen standen die Gemeindeschwestern vor der Notwendigkeit, sich in den neuen Bedingungen einzurichten. Sie wurden im Einigungsvertrag völlig vergessen und standen mit der Auflösung der Polikliniken vor dem Nichts. In der Regel mußten sie versuchen, sich in Sozialstationen zusammenzuschließen, sich Träger zu suchen und sich in den je nach Land unterschiedlichen neuen Bedingungen einzurichten.

Die Strukturveränderungen bei den grundlegenden Einrichtungsarten sind abgeschlossen, jetzt fallen die **Lücken und Versorgungsdefizite** ins Auge.

Es fehlen noch viele Angebote für eine differenzierte Betreuung und Versorgung bestimmter Gruppen. Der Kürze halber seien sie hier einfach aufgezählt: stationäre und ambulante Rehabilitationseinrichtungen,

⁷ ISD 1990, S. 274.

⁸ Kuhlmeier, A. u.a. 1993, S. 241.

Vor- und Nachsorgeeinrichtungen, unabhängige Beratungsstellen für verschiedenste Problemlagen, Behindertenwohnungen, geriatrische und Chronikerkrankenhäuser, Kurzzeitpflege usw. Deren Auf- und Ausbau, die inhaltliche Differenzierung der Angebote jeweils zugeschnitten auf eine Region, eine Kommune sind die Aufgaben der nächsten Jahre.

Zu einer bedürfnisgerechten Gestaltung der Angebote und zum Netz der sozialen Institutionen gehören auch offene Altenhilfe, Selbsthilfe, Förderung ehrenamtlicher Tätigkeit, Nachbarschaftshilfe.

Koordination und Vernetzung werden hier nicht weniger Kraft verlangen als die bisherige Strukturanpassung.

2. Konzepte

Es wurde schon bei den bisherigen Ausführungen deutlich, daß sich Einrichtungsstrukturen schlecht von den inhaltlichen Belangen trennen lassen. Deshalb soll im zweiten Punkt einiges zu den **pflegerelevanten Konzepten**, speziell zu den problematischen Punkten gesagt werden.

Welche Veränderungen gab und gibt es für die Pflege innerhalb der Institution Krankenhaus?

Die Etablierung der Pflegedienstleitung als eigenständiger Bereich neben ärztlicher Leitung und Verwaltungsleitung brachte eine formale Aufwertung der Pflege. Wie diese inhaltlich ausgefüllt wird, ist von vielen Faktoren abhängig: von der Anerkennung der Pflegedienstleiterin durch die Ärzte, durch die Pflegekräfte, von ihrer Qualifikation und ihren Leitungsqualitäten.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt im stationären Bereich ist die Vergabe pflegefremder Tätigkeiten an externe Dienste und an Hilfspersonal. Die damit einhergehende Entlastung gab dem Pflegepersonal die erforderlichen Freiräume, um schrittweise inhaltliche Veränderungen in der Pflege umzusetzen. So schafft die Einführung der Pflegedokumentation die Voraussetzungen, um Pflegeplanung schrittweise umzusetzen, um sich mit Pflegetheorien und Pflegemodellen zu beschäftigen. In diesem Zusammenhang wird auch die schrittweise Ersetzung der Funktionspflege durch andere Pflegeformen vorbereitet bzw. z.T. bereits realisiert.

Der Entlastung von pflegefremden Tätigkeiten steht eine zunehmende Belastung durch die kürzere Verweildauer im stationären Bereich gegenüber. Es muß heute mehr Diagnostik und Therapie in weniger Zeit geleistet werden.

Die personellen Lücken in der Pflege, die durch die Westwanderung nach der Grenzöffnung gerissen wurden, sind weitgehend geschlossen. Selbst in besonders betroffenen Bereichen wie OP und Intensivmedizin können wir heute konstatieren, daß mit Ausnahme einiger grenznaher Bereiche kaum noch personelle Engpässe in den Einrichtungen zu verzeichnen sind.

In den **Feierabend- und Pflegeheimen** der DDR war die Pflege vorwiegend krankenhausorientiert (einschließlich der Betreuung durch den Heimarzt). Dies entsprach auch dem Berufsverständnis der Pflegekräfte, die als Krankenschwestern oder Facharbeiter für Krankenpflege eine Berufsausbildung in Krankenhäusern absolviert hatten.

Hier vollzieht sich heute ein völliger Veränderungsprozeß in der Betreuung. Dieser Prozeß wird besonders forciert durch einen Wandel in der Berufsstruktur. Mit dem Beitritt zur Bundesrepublik Deutschland entstanden erste Umschulungskurse für eine Ausbildung zur Altenpflegerin, Beschäftigungstherapeutinnen nahmen eine Arbeit im Heimbereich auf.

Die Qualifikation zur Altenpflegerin wurde in der DDR nur in geringem Umfang durch konfessionelle Bildungseinrichtungen angeboten und war staatlich nicht anerkannt.

Inzwischen stehen die ersten Umschulungskurse kurz vor dem Abschluß bzw. dem Übergang ins berufspraktische Jahr. Ihre Einsatzgebiete könnten neben den Einrichtungen der offenen Altenhilfe vor allem Alten- und Pflegeheime sein. Aber die Neueinsteiger haben wenig Chancen. Viele Einrichtungen befürchten kommenden Personalabbau aufgrund von Baumaßnahmen und anstehenden Kapazitätsreduzierungen und stellen deshalb keine neuen Mitarbeiter ein.

In den Alten- und Pflegeheimen vollzieht sich bei den Bewohnern ein Trend hin zu einer höheren Pflegebedürftigkeit. Ging man in der DDR teilweise mit dem Erreichen des Rentenalters ins Feierabendheim

(sofern man einen Platz bekam), so wird heute die Heimaufnahme – analog der Entwicklung in den alten Bundesländern – so lange wie möglich hinausgezögert. Dennoch sind gegenwärtig die Heimkapazitäten voll ausgelastet und an eine Reduzierung – obwohl staatlich gewünscht – ist bisher nicht zu denken.

Die Profilierung der Heime zu unverwechselbaren Heimstätten, die Entwicklung differenzierter Einrichtungskonzepte steht erst am Anfang. Selbst bei vollzogenem Trägerwechsel wird nur langsam die Identität der Einrichtung und des Trägers sichtbar und spürbar.

Bei der Gestaltung einer anregenden, kompetenzfördernden Umwelt heben viele Heimmitarbeiterinnen positiv hervor, daß die Bewohner heute eigene Möbel und andere Einrichtungsgegenstände mitbringen können.

Angehörigenarbeit und Integration des Heimes in das kommunale Umfeld stellen heute andere Anforderungen an die Pflegekräfte als vor der Wende. Ehemalige HeimärztInnen konnten in vielen Fällen die Betreuung weiter übernehmen, indem sie die früheren Praxisräume mieteten und sich dort oder in der Nähe privat niederließen. Zusätzlich bemühten sich viele HeimleiterInnen um Niederlassung anderer FachärztInnen, um Friseur- und andere Dienstleistungen im Heim und hoffen, eine Öffnung der Heime u.a. durch Cafeterien und offenen Klubveranstaltungen zu erreichen.

Bestandteil notwendiger konzeptioneller Überlegungen ist nicht zuletzt die Sicherung der Pflegequalität.

Alle Überlegungen in bezug auf neue inhaltliche Betreuungskonzepte werden überschattet durch wirtschaftliche Überlegungen.

Ein weiteres Hemmnis sind fehlende Stellenbeschreibungen und nicht bestätigte Pflegestufen.

Die **Sozialstationen** mußten nach erfolgter Gründung ein Klientel suchen, Kostenübernahmen klären, mit verschiedenen Ärzten zusammenarbeiten, mit unterschiedlichen Krankenkassen und Ämtern abrechnen und die Wirtschaftlichkeit der Station sichern. Inhaltlich hat sich besonders für die Leitung vieles verändert: früher war jede Ge-

meindeschwester selbständig und pflegte nach Absprache mit dem Arzt. Sie war gewissermaßen Einzelkämpferin.

Heute sind die Stationen selbständige Dienstleistungsanbieter und die ehemals alleinarbeitende Gemeindeschwester wurde Leiterin eines Teams von 5 bis 25 und mehr Personen. Von ihr werden daher vorrangig rechtliche, betriebswirtschaftliche, organisatorische und kommunikative Kompetenzen abgefragt, sie wird zur Sozialmanagerin.

Die angestellten Krankenpflege- und Hauswirtschaftskräfte arbeiten "mit der Stoppuhr in der Hand" und können sich nicht ausreichend an den Bedürfnissen ihrer Patienten orientieren, sondern an dem, was verordnet wurde.

Befragt nach den Veränderungen sagten sie, daß heute ein Mehr an Pflege möglich wäre, aber "man muß Wege finden, es bezahlt zu bekommen".⁹ Und genau da liegt das Problem: die Patienten wissen nicht immer um die Möglichkeiten hauspflegerischer Versorgung, auch Ärzte sind hierin noch unsicher und ungeübt. Sozialämter und Krankenkassen bewilligen zögerlich, die alten Menschen sind als "gelernte DDR-Bürger" an kostenfreie medizinische und soziale Leistungen gewöhnt und waren nicht immer bereit, für ihre Pflege auch Zuzahlungen zu leisten.

Der Wandlungsprozeß in den Sozialstationen erfolgte so schnell, daß oftmals keine Zeit blieb für durchgängige konzeptionelle Überlegungen. Die Beschäftigten konnten kaum agieren, nur reagieren. Problematisch war die Situation vor allem dort, wo neue Träger neue Strukturen schaffen mußten. Zu den neuen Strukturen gehört auch das Sozialamt. In Berlin-Ost war es z.B. so, daß Sozialstationen bereits pflegten, sich das Sozialamt aber noch in der Aufbauphase befand.

Die dem neuen Pflegegesetz vorausseilenden Schatten zeigen deutlich, daß es für die nächste Zeit darauf ankommt, solche Konzepte zu schaffen, die einer Vernetzung des Sozialbereiches förderlich sind (keine Sozialstation ohne vielfältige Angebote, sie sollte möglichst als Zentrum

der gesamten häuslichen Pflege arbeiten mit Kurzzeitpflege, Tagespflegeangeboten, Seniorenbüro usw.).

All die hier geschilderten strukturellen und inhaltlichen Veränderungen haben natürlich Auswirkungen auf die Beschäftigten. Und die Wandlungen müssen von den Beschäftigten umgesetzt, getragen werden.

Verhältnisse, Strukturen, Bedingungen verändern sich, aber die Menschen bleiben (scheinbar) die alten. Dies ist der problematischste Teil des Transformationsprozesses. Und gerade dieser Aspekt interessiert uns besonders, wenn wir uns mit der Zukunft der Pflege und der Zukunft der Pflegeberufe beschäftigen.

3. Beschäftigte

Die Aspekte Personalsituation, Wandel der Berufsstrukturen, Arbeitszeitregelungen, Fort- und Weiterbildung und berufspolitische Aktivitäten sollen kurz angesprochen werden.

Das Gesundheits- und Sozialwesen der DDR war seit Jahrzehnten ein Bereich mit knapp bemessenen Personalvorgaben, die häufig noch unterschritten wurden. Von den Abwanderungen in der Wendezeit waren vor allem die grenznahen Bundesländer und Ostberlin betroffen. Und hier waren es vor allem OP-Schwester, Fachschwester für Anästhesie und Intensivmedizin und Dialyseschwester, die spürbare Lücken im Personalbestand der Krankenhäuser hinterließen. Hier erfolgten in den letzten Jahren vorrangig berufsbegleitende Qualifizierungen, um die Verluste ausgleichen zu können.

Insgesamt jedoch befürchtet heute und mittelfristig keine Pflegedienstleiterin mehr, Personalprobleme im Pflegebereich zu haben.

Vergleicht man sie mit anderen Wirtschaftsbereichen, so stellt sich die Beschäftigungssituation im Gesundheits- und Sozialsystem der neuen Bundesländer günstig dar. Zu den Wachstumsbereichen gehört die ambulante Kranken- und Altenpflege, die sich in den zurückliegenden Jahren zum bedeutendsten Anbieter am Pflege-Arbeitsmarkt entwickelt hat.

⁹ Aussage einer Pflegedienstleiterin bei einer Befragung im Rahmen des Forschungsprojektes "Entwicklungsperspektiven von Pflegebeschäftigung", München/Berlin.

Im Krankenhaus werden zwar Personalreduzierungen durch Kapazitätsreduzierungen befürchtet, ebenso sind in den Altenheimen Reduzierungen vorzusehen, aber neue Angebote entstehen, die wieder zu optimistischen Zukunftsaussichten für die Pflege führen.

Die Unterschiede bei ausgewählten Berufsgruppen in Ost und West sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Berufsbezeichnungen und Ausbildungszeiten ausgewählter nichtärztlicher Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialwesen

Pflegeberufe und therapeutisch-rehabilitative Berufe	Ausbildungszeiten in Jahren	
	BRD (1)	DDR (2)
Krankenschwester/-pfleger	3	3 (3)
Kinderkrankenschwester/-pfleger	3	3
KrankenpflegehelferIn	1	-
FacharbeiterIn für Krankenpflege	-	1,5 - 3
Hebamme/Entbindungspfleger	3	3
DiätassistentIn	2	3 - 4
AltenpflegerIn	2-3 (LR)	-
MasseurIn	2	1,5
KrankengymnastIn/PhysiotherapeutIn	3	3 - 4
Arbeits- und BeschäftigungstherapeutIn	3	3
HeilerziehungspflegerIn	3 - 4 (LR)	-
KrippenerzieherIn	-	3
LogopädIn	3	4 (4)

- (1) sonst.: bundesrechtliche Regelung
(LR) landesrechtliche Regelung
- (2) Direkt- oder Fernstudium, generell einheitliche Regelung in der ehemaligen DDR
- (3) Hochschulausbildung für leitende Krankenschwestern in der DDR seit 1982 (4 Jahre)
- (4) Hochschulstudium

1 Kleinstück, B.; E. Neukirch u.a. 1992, S. 189.

Besonders auffallend neben dem Fehlen einiger Berufsbilder (z.B. Altenpflege) ist der hohe Anteil an Krippenerzieherinnen, den es in der DDR gab.

Seit 1982 gibt es an der Humboldt-Universität zu Berlin ein Hochschulstudium für leitende Pflegekräfte. MedizinpädagogInnen (in den alten Bundesländern Unterrichtsschwestern) werden seit mehr als 20 Jahren ebenfalls universitär ausgebildet.

Das Berufsbild "Altenpflege" hat sich in den letzten Jahren zu einem "Hoffnungsträger" bei Arbeitsämtern, Bildungsträgern und bei arbeitslosen Frauen entwickelt. Die Einsatzmöglichkeiten sind noch nicht eindeutig abzusehen. Aufgrund der Anforderungen der Krankenkassen können Leistungen durch Altenpflegerinnen in der ambulanten Pflege kaum abgerechnet werden. So ist ein Haupteinsatzgebiet neben der offenen Altenhilfe der Heimbereich. Hier sind die vorhandenen Planstellen in der Regel mit Krankenschwestern, Pflegern oder unausgebildeten Arbeitskräften besetzt. Heimleiterinnen bekundeten in Gesprächen zwar ein Interesse an Altenpflegerinnen mit ihren spezifischen Kompetenzen, sahen aber auch Konflikte zwischen Kranken- und Altenpflegerinnen voraus. Krankenschwestern befürchteten Konkurrenz um ihren Arbeitsplatz, wenn die spezifisch qualifizierten Altenpflegerinnen auf den Pflegemarkt drängen.

Ein anderer Begründungszusammenhang erwächst aus dem zunehmenden Pflegebedarf der neu aufgenommenen Heimbewohner. Bei Schwerstpflege sind vor allem krankenpflegerische Leistungen notwendig. Damit scheint der Einsatz krankenpflegerisch geschulter Personals begründet; den Altenpflegekräften wird diese Qualifikation abgesprochen.

Seit der Anrechnung der Praktikanten im berufspraktischen Jahr auf die Personalschlüssel der Einrichtungen beklagen sich Umschülerinnen zunehmend über mangelnde Einsatzmöglichkeiten. Und die Situation verschärft sich noch. Im Land Brandenburg wurden für 1994 nur noch zwei Seminare für Altenpflege-Umschulungen bewilligt.

Aussichtsreich sind berufsbegleitende Ausbildungen für ungelernte Kräfte in der Altenpflege. Deren Qualifizierung zur Altenpflegerin

könnte forciert werden, wenn die Betroffenen bzw. die Einrichtungen Finanzierungsmöglichkeiten fänden. Soweit zur Ausbildung.

Wie sieht es in der Fort- und Weiterbildung aus?

Großangelegten Umschulungsoffensiven der Arbeitsämter auch im Bereich Altenpflege steht die problematische Situation bei der Fort- und Weiterbildung gegenüber. Die berufsbegleitende Fortbildung war früher straff geregelt und erfaßte alle Beschäftigten des Gesundheits- und Sozialwesens.

Heute gibt es auf diesem Gebiet Defizite sowohl bei den Angeboten als auch bei der Inanspruchnahme. Die Ursachen sind vielfältig. Zum einen entstanden mit der gesellschaftlichen Wende eine Reihe ganz neuer Qualifikationsnotwendigkeiten. Zum zweiten mußte sich der Bildungsbereich umstrukturieren und den neuen Erfordernissen anpassen. Zentrale Angebote haben den Nachteil, daß der Aufwand durch die Wegezzeiten sich erhöht und darauf die Schichtpläne langfristig abgestellt werden müssen. Einrichtungsinterne Fortbildungen sind vor allem in kleineren Einrichtungen nur schwer zu organisieren. Alle klagen über das Problem der Finanzierung. So sind selbst große Einrichtungen nur unzureichend mit finanziellen Mitteln für die Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals ausgestattet.

Ein weiteres Problem ist die Bereitschaft der Pflegekräfte, Geld und Zeit in ihre eigene berufliche Qualifikation zu investieren. Nicht allen ist die Notwendigkeit in ausreichendem Maße bewußt, wenn es auch erste positive Ansätze gibt. So gaben in einer Umfrage in einem Krankenhaus der Grundversorgung die Mitarbeiter an, daß sie pro Monat bis zu 100 DM für die eigene Qualifizierung ausgeben würden. Allerdings lag der Durchschnitt nur bei 30 DM pro Monat. Es wurden folgende Themen-schwerpunkte gewünscht:¹⁰

- (1) Gesprächstraining
- (2) Pflegeprozeßgestaltung/Pflegeplanung
- (3) Pflegedokumentation

¹⁰ Ergebnisse von Befragungen bei Krankenpflegekräften durch das BISS e.V. 1993.

- (4) Rechtsfragen
- (5) Wohnkonzepte für ältere Menschen
- (6) Arbeitsorganisation/Dienstplangestaltung
- (7) Aktuelle Pflegeplanung/Aktivierende Pflege
- (8) Umgang mit Verwirrtheit
- (9) Supervision.

Hier offenbaren sich schon unterschiedliche Interessenschwerpunkte zwischen den neuen und den alten Bundesländern.

Zusammenfassend könnte man die Situation in der Aus-, Fort- und Weiterbildung so formulieren: frisch geschultes Personal findet kaum Arbeitsplätze und in den Einrichtungen arbeitet Pflegepersonal mit teilweisen Aus-, Fort- und Weiterbildungsdefiziten.

Im weiteren soll auf die Arbeitszeitregelungen eingegangen werden. In der DDR arbeiteten im Gesundheits- und Sozialwesen rund 90% Frauen. In Krankenhäusern und Heimen war die durchgehende Schichtarbeit bei Vollbeschäftigung typisch. Besonders junge Mütter mit kleinen Kindern wechselten aus der Dreischichtarbeit in den ambulanten Bereich ohne Schichtarbeit.

Heute ist in allen Bereichen immer noch die Vollzeitarbeit vorherrschend.

Es zeichnet sich jedoch ab, daß hier Veränderungen notwendig sind. Zunehmend denken die LeiterInnen über Teilzeitregelungen nach. In den privaten Stationen ist man über diese Phase des Nachdenkens hinaus. Hier wurden die Beschäftigten gleich als Teilzeitkräfte eingestellt. (Typisch in den von uns befragten Stationen waren 6-Stunden-Arbeitszeitverträge in zwei Schichten.) Auch gibt es eine Zunahme der un-stetig und unterhalb der Sozialversicherungsgrenze Beschäftigten.

In den Altenheimen wird im Zuge neuer Pflegemodelle darüber nachgedacht, das starre Schichtsystem flexibler zu gestalten. Es ist nicht einzusehen, warum z.B. über die Mittagszeit am meisten Beschäftigte anwesend sind, während ab 15.00 Uhr (nach der Mittagsruhe) die alten Heimbewohner weitgehend auf sich selbst verwiesen sind.

Wir sehen diese Entwicklung mit gemischten Gefühlen.

Zum einen begrüßen wir veränderte Arbeitszeitmodelle, die eine aktivierende Pflege während des ganzen Tages und auch an den Wochenenden gewährleisten. Zum anderen stimmen uns diese Entwicklungen bedenklich. Gerade in einer Phase zunehmender Arbeitslosigkeit (und Langzeitarbeitslosigkeit) bedeutet Teilzeitarbeit ein Risiko in der sozialen Absicherung speziell für Frauen heute, bei Arbeitslosigkeit und späterem Rentenbezug. Absehbar ist auch eine Intensivierung der Belastungen, eine Verringerung der Zeiten für Fortbildung und Erfahrungsaustausch.

Berufspolitische Aktivitäten fanden wir kaum. Ein Teil der Beschäftigten war enttäuscht über die DDR-Parteien und Gewerkschaften und zieht sich deshalb aus diesen Aktivitäten pauschal zurück. Ein Teil ist enttäuscht über die mangelnde Vertretung ostdeutscher Interessen durch (west-)deutsche Gewerkschaften. Berufsverbände sind noch wenig bekannt und werden kaum vor Ort wirksam. Lange gewachsene Arbeitsbeziehungen sind infolge der strukturellen Veränderungen zerrissen. Neue Interessenvertretungen müssen sich finden und etablieren. Von uns durchgeführte Untersuchungen zeigen, daß es den Pflegekräften vor Ort erst langsam gelingt, Handlungsspielräume zu erkennen und eigene Vorstellungen mit anderen Partnern abzustimmen und umzusetzen. Gute Erfahrungen haben wir mit der Zusammenarbeit in Arbeitskreisen gesammelt. Z.B. gibt es seit einem dreiviertel Jahr einen Arbeitskreis Sozialstationen. Ein Arbeitskreis Pflegedienstleiterinnen in Krankenhäusern wird z.Z. aufgebaut.

Wir haben dem Vortrag den programmatischen Titel gegeben: "Aufbruch in den neuen Bundesländern". Angesichts der schlechten baulich-technischen Ausgangsbedingungen, der sichtbaren Unterschiede in der Ausstattung, der immer wieder thematisierten Defizite in der Ausbildung und der allgegenwärtigen finanziellen Engpässe mag das hochtrabend erscheinen.

Doch blicken wir noch einmal zurück: Am Beginn der neuen Zeitrechnung, mit dem Wegfall der Mauer, wurden wir uns als erstes der Defizite im Osten bewußt. Ganz offensichtlich war, was wir alles nicht hatten, nicht konnten, nicht kannten.

Heute, im Jahre 4 des Beitritts zur Bundesrepublik hat wohl jeder ehemalige DDR-Bürger eine vorläufige Bilanz gezogen. Wir wissen, was wir nicht können, aber wir wissen auch, was wir können, worauf wir aufbauen können, was wir beibehalten wollen und wovon wir uns trennen müssen.

Gab es noch vor zwei Jahren speziell im Bereich der Bildung ein einseitiges Geben West und ein einseitiges Nehmen Ost, so ist daraus schrittweise ein Austausch geworden.

Wir werden den weiteren Weg besonnener und gemeinsam gehen, wie auch diese Tagung hier zeigt.

Den Strukturwandel haben wir im Osten vollzogen, neue Konzepte für die Einrichtungen werden erarbeitet.

Um Professionalität und Eigenständigkeit der Pflege – um die Zukunft der Pflege – müssen wir uns gemeinsam bemühen.

Dazu seien nur die Stichworte Pflegeplanung, Qualitätssicherung und Pflegeforschung angeführt.

Die Ausgangsbedingungen im Osten sind gut: die Arbeitsmotivation ist hoch und das Qualifikationsniveau ist hoch.

Gemeinsam in Ost und West ist uns unsere deutsche Muttersprache. Aber bedenken wir, daß es zwischen ostdeutsch und westdeutsch auch sprachlich große Unterschiede gibt. So sind auch hier Mißverständnisse nicht auszuschließen und Anpassung und Abstimmung unabdingbar.

In diesem Sinne hoffen wir, von den ost- und den westdeutschen Teilnehmerinnen verstanden zu werden.

Literatur:

Arnold, M.; B. Schirmer: Gesundheit für ein Deutschland. Ausgangslage, Probleme und Möglichkeiten der Angleichung der medizinischen Versorgungssysteme der Bundesrepublik Deutschland und der DDR zur Bildung eines einheitlichen Gesundheitswesens. Köln 1990.

Hennig, A.; J. Kaluza: Analyse der Arbeitsbedingungen und Probleme bei der Pflege und Betreuung Kranker in den neuen Bundesländern am Beispiel des Park-Krankenhauses in Leipzig, Manuskriptdruck. Vorstudie, ZAROF Leipzig 1992.

Hennig, A.; J. Kaluza: Beschäftigtengerechte Gestaltung der Arbeit im Krankenpflegebereich der neuen Bundesländer – Anforderungen an eine präventive Sozialpolitik. 1. Forschungsbericht, Manuskriptdruck. ZAROF Leipzig 1993.

Institut für medizinische Statistik und Datenverarbeitung (ISD) (Hrsg): Das Gesundheitswesen. Jahresgesundheitsbericht 1989 für das Gebiet der ehemaligen DDR, Berlin 1990.

Keck, A.: Planung und Ökonomie des Gesundheitswesens, Berlin 1981.

Kleinstück, B.; E. Neukirch; G. Kröger; A. Kuhlmeier; G. Bansemir; G. Mielke: Bestandsanalyse der Kranken- und Altenpflegesituation in der ehemaligen DDR – Institutionelle und organisatorische Rahmenbedingungen der Pflegebeschäftigten. Bericht 1. Humboldt-Universität zu Berlin, Manuskriptdruck, Berlin 1992.

Krankenhausplan des Landes Brandenburg, Amtsblatt für Brandenburg vom 3. Juni 1992, Potsdam 1992.

Kuhlmeier, A.; B. Kleinstück; G. Bansemir; E. Neukirch: Beschäftigungsentwicklung in den Pflegeberufen. In: H.M. Nickel, J. Kühl, S. Schenk (Hrsg.): Erwerbsarbeit und Beschäftigung im Umbruch, Berlin 1994, S. 239–256.

Neukirch, E.; B. Kleinstück: Die Rolle der stationären Altenhilfe im Rückblick bis heute, in: Die Zukunft der Heime. Fachtagung des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V. Dokumentation, Schwerin 1993, S. 13–21.

Barbara Meifort

"Pflegenotstand" in den alten Bundesländern – Zur Situation der ambulanten und stationären Pflege und des Pflegepersonals aus der Sicht der Berufsbildungsforschung

Vorbemerkungen

Das breit und relativ allgemein gefaßte Thema wird im Hinblick auf die zur Verfügung stehende Zeit dahingehend eingegrenzt, daß die im Programm aufgeführten Pflegeberufe und Pflegebereiche unter dem Begriff "Pflege" zusammengefaßt werden. Dies erscheint auch deshalb geboten, weil mit den beispielhaft im Programm herausgegriffenen beiden Pflegeberufen die Gesamtheit der Gruppe der Pflegeberufe ohnehin nicht abgedeckt wird. Bei den näheren Erläuterungen wird dann beispielhaft unter Rückgriff auf vorliegende Untersuchungen aus der Berufs-, Berufsbildungs- und Arbeitsmarktforschung auf Einzelberufe und Einzelbereiche der Pflege verwiesen.

Zu dem Thema werden fünf Thesen formuliert, anhand derer Zusammenhänge und Hintergründe der problematischen Situation, in der sich die Pflege befindet, im Hinblick auf eigenen Handlungsbedarf und eigenen Handlungsspielraum kurz beleuchtet werden sollen. Vorliegende aktuelle Untersuchungsergebnisse aus der stationären Alten- und Behindertenpflege lassen nämlich den Schluß zu, daß vorhandene Handlungsspielräume entweder nicht erkannt oder kampfflos preisgegeben werden. Es muß also befürchtet werden, daß seitens der Berufsverbände und -organisationen der Pflege reklamierte zusätzliche quasi "verordnete" Beteiligungsrechte mangels Befähigung gar nicht genutzt werden können oder bloß zur Verfestigung der abgeschotteten Strukturen von Fach- und Leistungsbereichen des Gesundheitswesens führen, statt zu der notwendigen strukturellen Aufweichung und Veränderung der Kooperationsformen.

Im folgenden Beitrag wird weitgehend darauf verzichtet, Zahlen zu Bedarfslücken oder über prognostizierte Entwicklungen vorzutragen.

Die Daten sind immer schon relativ veraltet, wenn sie verfügbar sind und angesichts des "Datennotstands"¹ in der seit langem geführten Diskussion über den Pflegenotstand werden immer dieselben Quellen vielfach, wenn auch in Abwandlung, bemüht. Da ein Sachverhalt durch ständige Wiederholung nicht an Überzeugungskraft gewinnt, werde ich mich in dem folgenden Beitrag eher auf interpretierende Aussagen konzentrieren. Diese Aussagen basieren im wesentlichen auf Untersuchungen in den alten Bundesländern, und zwar schwerpunktmäßig auf Ergebnissen aus den von uns im Bundesinstitut zuletzt im Bereich der Altenpflege durchgeführten Untersuchungen.

These 1:

Der Pflegenotstand ist nicht "demographisches Schicksal", sondern im Gesundheitswesen selbst begründet – oder: "Der Pflegenotstand ist hausgemacht".²

Die Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Veränderung des Bedarfs an Pflegeleistungen und des Angebots an Nachwuchskräften in den Pflegeberufen sind unbestritten. Aber der Pflegenotstand beruht vor allem auf einem gesundheitssystembedingten Ausbau und strukturellen Wandel des Gesundheitswesens. Daran hat die Pflege partiell zwar auch partizipiert – kein Leistungsbereich des Gesundheitswesens hat in den vergangenen Jahren so expandiert wie der Pflegebereich: Zwischen 1973 und 1989 hat sich die Zahl der Beschäftigten in der Pflege um 61% (bzw. 194.000) von 305.000 auf 499.000 erhöht.³ Allein zwischen 1980 und 1988 hat sich ihre Zahl mehr als verdoppelt.⁴ – Aber Ausbau und Veränderungen im Gesundheits-

¹ In der Bundesrepublik stellt die Datenlage in der Pflege ein besonderes Problem dar im Hinblick auf Erhebungsbasis, Differenzierung der Datenerhebung, Vergleichbarkeit und Kontinuität der Datenbestände. Vgl. hierzu: Institut für System und Technologieanalysen in der Biomedizin (SysTA) 1993, S. 8.

² Vgl. Landenberger, M. 1993, S. 55 – 61.

³ Bezogen auf die Berufe der Berufsordnung "Krankenschwester 8530" vgl. Dietrich, H., 1993, S. 159ff.

⁴ Vgl. Landenberger, M., a.a.O., S. 63.

wesen vollzogen sich trotzdem auf Kosten der Pflege, weil bei den vom Gesundheitswesen selbst verursachten und betriebenen Expansionen und Veränderungen keine Folgenabschätzung für die Pflege erfolgte.

In der Vergangenheit haben sich z.B. die Chancen medizinischer Behandlung Schwerverletzter oder die Möglichkeiten risikoreicher Operationen erheblich verbessert und zu einer beträchtlichen Zunahme der Zahl der IntensivpflegepatientInnen geführt. Entwicklung und Ausmaß neuer Diagnose und Therapieverfahren und insbesondere Entwicklung und Einsatz der Medizintechnik haben nicht nur erheblich zugenommen, sondern insbesondere auch zu einer Ausweitung und Ausdifferenzierung von Funktionsdiensten und Spezialeinrichtungen (z.B. Tumor- oder Herzzentrum) geführt und in deren Folge zu einer erheblichen Zunahme an behandlungsintensiver Pflege. Mit der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen hat sich die Verweildauer der PatientInnen in Akutkrankenhäusern seit Mitte der siebziger Jahre stetig verkürzt. Diese Entwicklungen führten zu einer Expansion der Pflegeleistungen bei gleichzeitiger Intensivierung der Pflegearbeit.

Der zunehmende Einsatz von Informationstechnologie im Gesundheitswesen hat zwar zu mehr Transparenz über Leistungsumfang und –erstellung geführt. Aber gleichzeitig hat er für die Pflege die patientenferne Arbeit in der Dokumentationsvorbereitung, –erfassung und –erstellung vermehrt.

Neue Pflegeangebote, z.B. in Funktionseinrichtungen, Spezialeinrichtungen und in den ambulanten Pflegediensten haben zu Wanderungsbewegungen der Pflegekräfte geführt, z.B. wollten nach unserer Befragung bei neu ausgebildeten Altenpflegekräften in den alten Bundesländern 67% der Absolventen des Jahrgangs 1992 in ambulante- oder Tageseinrichtungen wechseln.⁵

Diese Beispiele verdeutlichen, daß sich der Zuwachs an Pflegekräften verteilte, er "versickerte", wurde "aufgezehrt". Aus der Sicht der Berufsbildung und –forschung ist an dieser in erster Linie medizin-

⁵ Vgl. Forschungsprojekt Nr. 4.202 des Bundesinstituts für Berufsbildung: "Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften in den ersten Berufsjahren", in: Arbeitsprogramm 1993 des Bundesinstituts für Berufsbildung, Berlin 1993, S. 26.

technisch, betriebswirtschaftlich und ärztlich indizierten Entwicklung qualifikatorisch eines besonders relevant:

Neben der Intensivierung der Pflegearbeit ist durch die technische Durchdringung eine bedrohliche Kompetenzeinbuße bei der Pflege zu befürchten, sowohl hinsichtlich der Fähigkeit zur Patientenbeobachtung als auch kompetenzmäßig und zeitlich hinsichtlich der Fähigkeit zur psychosozialen Patientenbetreuung:

Die kontinuierliche Beobachtung, Registrierung und Beurteilung von technischen Geräten und Daten absorbiert Konzentrationsfähigkeit und Zeit, die für psychosoziale Betreuung verlorengeht; die Konzentration auf die Technik und die Technikgläubigkeit lassen die Beurteilungsfähigkeit und Entscheidungskompetenz aufgrund eigener Beobachtung verkümmern.

These 2:

Pflegeberufe sind ungebrochen attraktive Ausbildungsberufe.

Mit anderen Worten: "Der Attraktivitätsschwund der Pflegeberufe hält sich in Grenzen, gemessen am Rückgang der Schülerzahlen insgesamt". Daß sich der Attraktivitätsschwund der Pflegeberufe in Grenzen hält, läßt sich daraus schließen, daß die Zahl der Krankenpflegeschüler/innen mit einem Rückgang von 10% seit Mitte der 80er Jahre nicht überproportional gegenüber den allgemeinen Schülerzahlen zurückging. Daß umgekehrt die Attraktivität vielmehr sogar anhält, schließe ich auch daraus, daß von den von uns befragten Altenpflege-AbsolventInnen nur

- 10% angaben, die Altenpflegeausbildung sei die einzige Ausbildungsmöglichkeit für sie gewesen und nur
- 7% gaben an, auf Empfehlung des Arbeitsamtes die Ausbildung begonnen zu haben.⁶

Wenn sich darüber hinaus gerade in den 80er Jahren, zwischen 1980 bis 1988, die Zahl der Krankenpflegekräfte mehr als verdoppelt hat (von

⁶ Meifort, B., März 1994, S. 8.

224.309 auf 462.000, also um 237.691⁷) dann ist auch das ein Beleg für die nachhaltige Attraktivität der Pflegeberufe. Immerhin ist jede/r dritte erwerbstätige Person im Gesundheitswesen in der Krankenpflege tätig.⁸

Die wiederholte Betonung der abnehmenden Auszubildendenzahlen wird offensichtlich sehr stark eigenmotiviert seitens der Ausbildungsstätten betrieben, um ihre Kapazitäten halten zu können. So äußerte kürzlich eine Schulleiterin für Altenpflege: "Der Pflegenotstand und der frühe Berufsausstieg haben doch eigentlich auch etwas Gutes, die erhalten uns die Arbeit!" So legitim dieses Anliegen ist, Berufsbildung darf nicht zum Selbstzweck für Bildungsstätten werden!

These 3:

Pflegenotstand ist eine Krise des Pflegemanagements

D.h.: Der Pflegenotstand ist auch das Ergebnis von der Pflege selbst induzierten Disparitäten, die besser mit dem Begriff "Modernitätsnotstand" in der Pflege gefaßt werden; Modernitätsrückstand hinsichtlich Leitung, Organisation, Mitarbeiterführung, Arbeitsgestaltung, kurz hinsichtlich der Managementqualität.

Betrachten wir Gründe für Berufsunzufriedenheit und Berufsausstieg, Hintergründe für Arbeitslosigkeit bei Pflegeberufen und Zahlen von Arbeitslosen unter Pflegeberufen im Verhältnis zu offenen Stellen, Klagen über Arbeitsbedingungen usw. so lassen sich diese in ganz vielen Punkten zusammenfassen zu dem Resümee: "Es fehlt nicht so sehr an ausgebildetem Pflegefachpersonal und wir müssen auch nicht über Erhöhungen der Nachwuchsquote nachdenken die sich sowieso mangels Masse nicht erhöhen läßt, sondern es fehlt den Führungskräften der Pflege an Kreativität, Durchsetzungsbemühungen, wahrscheinlich aber auch an Qualifikationen hinsichtlich einer Innovation der Pflegearbeit, um Personal zu halten, um attraktiver und erfolgreicher bei der Personalrekrutierung zu sein und selbst hinsichtlich der bloßen Nutzung be-

⁷ Vgl. Landenberger, M., a.a.O., S. 63.

⁸ Ebenda.

reits in anderen Bereichen erprobter, also klassischer Instrumente zur Wiedergewinnung ehemaliger (Pflege)Fachkräfte."

Betrachten wir zunächst das Verhältnis von gemeldeten offenen Stellen in der Pflege zu gemeldeter Arbeitslosigkeit unter Angehörigen aus Pflegeberufen, so kann davon ausgegangen werden, daß ein bemerkenswertes Personalreservoir an möglichen sogenannten WiedereinsteigerInnen vorhanden ist, das es seitens des Pflegemanagements zu erschließen gilt: Immerhin kamen 1991 auf 100 gemeldete offene Stellen in der Krankenpflege 153 arbeitslos gemeldete Krankenpflegekräfte und in der Altenpflege kamen sogar 220 arbeitslos gemeldete AltenpflegerInnen auf 100 gemeldete offene Stellen.⁹

Zu den Hauptgründen für Arbeitslosigkeit unter Pflegeberufen zählen u.a. nach Angaben der Bundesanstalt für Arbeit:

- längerfristige Berufsabstinenz und
- spezielle Arbeitszeitwünsche.

Wenn auch regionale Ungleichgewichte bei den o.g. Durchschnittszahlen von offenen Stellen im Verhältnis zu arbeitslosen Pflegekräften nicht verkannt werden, so gibt doch zu denken, daß nur etwa jede siebte offene Stelle die Möglichkeit zur Teilzeitarbeit bietet¹⁰. Gegen solche Ungleichgewichte läßt sich personalpolitisch und arbeitsorganisatorisch etwas tun, wenn man denn brachliegende Personalressourcen, die immer auch eine Vergeudung von Qualifikationsressourcen und -investitionen darstellen, rekrutieren will. Das ist eine Managementaufgabe, die in erster Linie in den Zuständigkeitsbereich des Pflegemanagements fällt.

Auch bei einer Analyse der Hauptgründe für den Berufsausstieg aus Pflegeberufen bzw. der erforderlichen Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen ergeben sich Verbesserungsansätze für die Rekrutierung von sogenannten WiedereinsteigerInnen, die allesamt zum klassischen personal- und arbeitsmarktpolitischen Instrumentarium der Personalführung zählen.

⁹ Dietrich, H., a.a.O., S. 171.

¹⁰ Institut für System und Technologieanalysen in der Biomedizin (SysTA), a.a.O., S. 83.

Abgesehen von den beiden gebetsmühenhaft wiederholten Forderungen nach besserer Bezahlung und Verbesserung des Stellenplans handeln gerade auch die Pflegedienstleitungen das Standardrepertoire an Verbesserungsvorschlägen als Forderung ab, ohne sich offenbar als eigene/r AdressatIn dieser Forderung zu erkennen:

- Reduzierung pflegefremder Tätigkeiten
- bessere Berücksichtigung der Interessen der Pflege
- Umstrukturierung der Ablauforganisation
- Einführung ganzheitlicher Pflegesysteme
- Supervision
- verbesserte Kommunikation zwischen den Arbeitsbereichen
- verbesserte Kinderbetreuungsmöglichkeiten".¹¹

Dies sind allesamt Aspekte der Arbeits- und Arbeitszeitgestaltung, der Arbeitsorganisation und der Verbesserung der Rahmenbedingungen der Pflegearbeit, die in den Zuständigkeitsbereich der Pflegedienstleitung als Verantwortliche des Pflegemanagements und als Personalvorgesetzte des Pflegebereichs fallen. Wer sonst, wenn nicht das Pflegemanagement selbst, sollte sich über Möglichkeiten zur Reduzierung pflegefremder Tätigkeiten, über die Umstrukturierung der Ablauforganisation und die Einführung ganzheitlicher Pflegesysteme Gedanken machen?! Wer, wenn nicht die Pflegedienstleitung, ist für die Interessenvertretung, und d.h. für die bessere Berücksichtigung der Pflegeinteressen, zuständig und verantwortlich?!

Interessant an dieser Aufzählung von Forderungen ist insbesondere auch, was nicht genannt wird, nämlich die Schaffung veränderter Arbeitszeitmodelle, inzwischen in allen anderen Arbeits- und Berufsbereichen ein klassisches Instrument der Personalrekrutierung.

Der Zusammenhang zwischen Arbeitszeit und Arbeitsqualität ist unbestritten, die Folgen von Schichtarbeit auf Gesundheit und soziale Isolierung sind bekannt. Nach den o.g. Befragungsergebnissen zu urteilen

¹¹ Baumann, M.; U. Zell 1992, S. 61.

ist nicht verwunderlich, daß Schichtarbeit in der Pflege immer noch die am meisten verbreitete Arbeitszeitform ist und nicht einmal mehr verwundert, daß 1989 immerhin noch 14,4% der Pflegekräfte im geteilten Dienst arbeitete.¹² Dieser Befund ist allerdings insofern erstaunlich, als es erprobte Modelle zur Normalisierung der Arbeitszeit in der Pflege gibt. Ihre Umsetzung erfordert in der Tat Abschiednehmen von tradierten, aber offensichtlich nicht reflektierten Vorstellungen; sie erfordern eine Umstrukturierung des Personals und der Arbeit in der Pflege und damit ein Aushandeln der Interessen der Pflege (und das heißt in diesem Zusammenhang der Interessen des Pflegepersonals und der Interessen der PatientInnen) mit anderen Arbeits- und Leistungsbereichen sowie Berufsgruppen. Genau das ist eine Managementqualifikation.

Die Modernitätsresistenz der berufsständisch organisierten Pflege kommt auch in der nicht adäquaten Nutzung technischer Hilfsmittel und am Festhalten an tradierten arbeitsorganisatorischen Mustern zum Ausdruck, die sich aus dem Belastungsindex derselben Krankenpflegestudie im stationären Bereich ableiten lassen; dort werden als besondere Belastungen in der Reihenfolge der zunehmenden Intensität aufgeführt:

1. weite Laufwege
2. schweres Tragen
3. Arbeitstempo
4. Heben/Bücken.¹³

Die Bedeutung der Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung für die Attraktivität der Pflegeberufe läßt sich auch aus der Nennung der Motive für die Berufswahl zur Altenpflege ableiten. In unserer Absolventenbefragung nannten die BefragungsteilnehmerInnen abgesehen von dem immer an erster Stelle genannten Berufswahlmotiv "Arbeit mit Menschen" als Motiv für die Berufswahl

- an 2. Stelle, mit 87% aller Befragten, ihr Interesse an abwechslungsreicher und anspruchsvoller Arbeit;

¹² Ebenda, S. 48.

¹³ Ebenda, S. 58.

- an 3. Stelle mit 70% das Interesse an verantwortungsvoller Arbeit und
- an 4. Stelle mit 69% motivierte die AbsolventInnen zur Aufnahme der Altenpflegeausbildung, daß sie sich gute Fortbildungsmöglichkeiten in der Altenpflegearbeit erhofften.¹⁴

Ob diese Erwartungen in der Praxis erfüllt werden und ob diese AbsolventInnen der Altenpflege möglichst lange erhalten bleiben, hängt zum großen Teil von der Kompetenz der Leitungskräfte ab. Ob die Leitungskräfte die in sie gesetzten Erwartungen und die mit einer modernen Personalpolitik verbundenen Anforderungen erfüllen können, hängt entscheidend von ihrer Qualifikation ab. In dieser Hinsicht sind Zweifel angebracht, was die Zukunft der Pflege und die Zukunft der Pflegeberufe, um das Rahmenthema des Kongresses aufzugreifen, betrifft. Nahezu ein Viertel aller Pflegedienstleitungen von Krankenhäusern hat überhaupt keine Zusatzqualifikation; das Qualifikationsniveau von Stationsleitungen ist noch erheblich schlechter; ihr Anteil mit Zusatzausbildung liegt unter 50%¹⁵. Bei diesem Qualifikationsniveau der Leitungskräfte verwundert es vielleicht nicht, daß

- die Einführung ganzheitlicher Pflegesysteme von Pflegedienstleitungen erst an 6. Stelle,
- Supervision an 8.,
- verbesserte Fortbildungsmöglichkeiten an 11. Stelle

der Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegearbeit genannt werden.¹⁶

Übrigens steht die geringe Bewertung der ganzheitlichen Pflege im Widerspruch zur Aussage der Krankenhäuser nach der Einführung dieses Pflegesystems (27% eingeführt, 48% in der Erprobung, 27,7% nicht eingeführt).¹⁷

¹⁴ Meifort, B., a.a.O., S. 9.

¹⁵ Baumann, M.; U. Zell, a.a.O., S. 46.

¹⁶ Ebenda, S. 61.

¹⁷ Ebenda, S. 55.

These 4:

Pflegenotstand ist Spiegel und Spielball der gegenwärtigen Sozialpolitik.

Umgekehrt läßt sich auch sagen:

"Der Pflegenotstand wird gesellschaftspolitisch nicht ernst genommen, sondern nur situativ, nachrangig behandelt."

Das belegt der gesundheitspolitisch betriebene programmatische Anspruch "ambulant vor stationär" hinsichtlich der Personalausstattung dieser Dienste. In diesem Zusammenhang ist Rückert zu folgen, der sagt: "Es wurde eine halbherzige Politik betrieben, die man zutreffender mit weder ambulant noch stationär, sondern familial kennzeichnen könnte."¹⁸ Dies soll anhand von drei Beispielen belegt werden:

Ebenso katastrophal wie die Qualifikationsstruktur in den Heimen der Altenpflege sieht die Qualifikationsstruktur in den ambulanten Diensten aus: die größte Gruppe der Beschäftigten mit 40% sind HelferInnen; 35% sind Krankenschwestern/pfleger, 6% AltenpflegerInnen, 13% Haus und FamilienpflegerInnen, 6% KrankenpflegehelferInnen.¹⁹

Das Arbeitszeitbudget für die Betreuung über 85jähriger ist in der ambulanten Pflege zwischen 1984 und 1990 um 5% gesunken, von 61 auf 57,7 Std./pro Jahr.

Zwar ist das Arbeitszeitbudget in Heimen in den vergangenen 20 Jahren pro BewohnerIn/Tag um 22 Minuten gestiegen, jedoch inkl. Hauswirtschafts- und VerwaltungsmitarbeiterInnen. Die Gesamtarbeitszeit teilt sich auf in:

- 47% Grundpflege
- 25% Behandlungspflege und gerade einmal
- 3% psychosoziale Betreuung.²⁰

¹⁸ Rückert, W. 1992, S. 18.

¹⁹ Höft-Dzemski, R. 1987, S. 42.

²⁰ Sämtliche Daten zitiert nach: Institut für System und Technologieanalysen in der Biomedizin (SysTA), a.a.O., S. 155.

Daß aber, wenn politisch gewollt, Verbesserungen auch möglich sind, belegt die Finanzierungssituation der Ausbildung über das Arbeitsförderungsgesetz (AFG). Nachdem 1989 das Thema Pflegenotstand kurzfristig "hochgekocht" worden war, stieg der Anteil AFG-finanzierter Ausbildung in der Krankenpflege bis 1991 um 22,6% und betrug dort 1991 25%. In der Altenpflege stieg der Anteil noch drastischer, bedingt durch die tariflich unregelmäßige Finanzierung: Dort stieg der Anteil AFG-geförderter Ausbildung zwischen 1989 und 1991 um 61% und betrug 1991 insgesamt 68,4%.²¹

Diese Zahlen belegen zweierlei:

- Nach dem Motto: "Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg" bestehen offensichtlich, wenn der Pflegenotstand ernst genommen wird, auch Lösungsmöglichkeiten, zusätzliche Rekrutierungspotentiale für Berufsbildungsmaßnahmen zu erreichen.
- In der Altenpflege erreicht über die AFG-geförderte Umschulung der Anteil der berufsbereichsfremden Rekrutierung zwei Drittel der Auszubildenden.²² Abgesehen davon, daß in diesem Zusammenhang von einem schlechten Image der Pflege insofern so ohne weiteres nicht gesprochen werden kann, deuten sich inzwischen seit Herbst letzten Jahres angesichts der AFG-Novellierung gerade wegen dieses hohen Anteils an AFG-geförderten BildungsteilnehmerInnen dramatische Verschlechterungen bei der Nachwuchsförderung in der Altenpflege an, weil die AFG-Förderung drastisch zurückgeschraubt werden soll.

Als Hoffnungsträger, wie im Referat von Frau Kleinstück aus der Sicht der neuen Länder gesagt, kann die Altenpflegeausbildung unter diesen Bedingungen auf dem Erfahrungshintergrund der alten Länder mit der Unstetigkeit der AFG-Förderung beruflicher Bildungsmaßnahmen nicht angesehen werden. Inwieweit in einer jetzt in Aussicht gestellten bundeseinheitlichen (Neu)Regelung der Altenpflegeausbildung²³ eine ver-

²¹ Vgl. Dietrich, H., a.a.O., S. 170.

²² Meifort, B., a.a.O., S. 10.

²³ Am 20. Mai 1994 hat der Bundesrat seine Bedenken gegen eine Kompetenz des Bundes zur Regelung der Altenpflegeausbildung aufgegeben und sich mehrheitlich für ein bundeseinheitliches Altenpflegegesetz ausgesprochen.

läßliche kontinuierliche Finanzierungsregelung gesichert wird, bleibt abzuwarten.

These 5:

Nicht Pflegenotstand ist die Situation in der Pflege, sondern: Qualifikationsnotstand.

Mit anderen Worten: "Wir haben einen Modernitätsnotstand in den Qualifikationsstrukturen und inhaltlichen Vermittlungen der Ausbildungen zu Pflegeberufen."

Dies soll im folgenden anhand ausgewählter Ergebnisse aus der Berufsbildungsforschung verdeutlicht werden:

Die Verteilung der formalen Qualifikationsstrukturen zeigt deutliche Unterschiede zwischen dem stationären Krankenpflegesektor einerseits und dem ambulanten häuslichen Pflegebereich sowie dem stationären Altenpflegebereich andererseits: Gegenüber dem ambulanten Bereich und der stationären Altenpflege mit einem Anteil von knapp 50% qualifizierten Pflegekräften verzeichnet der stationäre Krankenpflegesektor einen Anteil von rund 90% qualifizierten Krankenpflegekräfte.

Während der Krankenpflegesektor immerhin global über bundeseinheitliche rechtliche Rahmenbedingungen für die Ausbildung verfügt, ist der Altenpflegebereich völlig unterschiedlich geregelt: hinsichtlich Ausbildungsdauer, Zulassungsvoraussetzungen, Ausbildungsbedingungen und inhaltlicher Konzepte. Prinzipiell hat sich die vorhandene Berufsstruktur schon seit langem als überholt erwiesen.

Der Zuschnitt von Ausbildungsberufen und die Zuteilung der Ausbildungsinhalte orientiert am globalen Lebensalter ihrer Zielgruppen (Kinder, Erwachsene, Alte) wird deren Hilfe-, Betreuungs- und Pflegebedarf nicht gerecht. Darüber hinaus berufliche Handlungsweisen und Inhalte nach einem fiktiven Hilfebedarf von Krankheit, Behinderung und Pflegebedarf zu differenzieren und nach dementsprechenden prototypischen Lösungsmustern auszurichten, ist eine Scheindifferenzierung. Sie führt zu unerträglichen Schematisierungen der Berufshandlungen, die die Fachlichkeit der Pflege in Frage stellen.

Dies soll am Beispiel der stationären Altenpflege mit ihrer überwiegend unzeitgemäßen Arbeits(zeit)gestaltung verdeutlicht werden: Die unreflektierte, gewohnheitsmäßige traditionelle Arbeitsablauforganisation mit ihren schematischen Festlegungen von Schicht, Essen und Pausenzeiten nach klinischem Muster führen zur Erzwingung unangemessener Tag-Nacht-Rhythmen, gesundheitlich beeinträchtigenden "zu langen Nächten", zu erheblichen Beeinträchtigungen der Lebensqualität der BewohnerInnen von Alten(Pflege)heimen und letztlich zu zusätzlich von der Pflege selbst "produziertem" Pflegebedarf:

Trotz gerontologisch erwiesener veränderter Einschlaf- und Tief-schlafphasen im Alter, wonach letzte sich in die frühen Morgenstunden verschieben, werden Alten(pflege)heimbewohnerInnen, wie unsere Fallstudien belegen, i.d.R. am frühen Morgen unerbittlich aus dem Tiefschlaf gerissen, damit bis 8 Uhr die Grundpflege erledigt ist und das BewohnerInnenfrühstück beginnen kann.

Das Festhalten am klinisch-stationären Drei-Schicht-System mit der arbeits- und personalintensiven Frühschicht erzwingt umgekehrt eine Vorverlegung der Abendbrot-Zeit in den Nachmittag (nicht selten auf 16 Uhr oder wenigstens 16.30 Uhr), damit angesichts der personellen Unterbesetzung der Spätschicht bis 18 Uhr/18.30 Uhr die BewohnerInnen "bettfertig" sind. Diese, entgegen allem gerontologisch erwiesenen Fachwissen physiologisch unangemessene zeitliche Lage und Dauer der "Nachtruhe", wird zur Not über Psychopharmaka oder Schlafmittel "unterstützt", wodurch die Durchblutung des Gehirns beeinträchtigt wird, die Desorientierung zunimmt, Vigilanz und Mobilität tagsüber abnehmen und der Pflegebedarf vorprogrammiert wird.

Der Qualifikationsnotstand äußert sich auch in einer, wie wir sagen, "Privatisierung des Fachlichen" in der Pflege²⁴. Die subtile berufliche Besitzergreifung der Klientel ("Meine Patienten") und die Verweigerung, eigene individualistische Pflegestile kommunizierbar und relativierbar zu machen, sind Ausdruck davon.

²⁴ Becker, W.; B. Meifort 1994, S. 233ff.

Auch die Ausbildungsorganisation und die vermittelten Ausbildungsinhalte sind defizitär und Ausdruck des Modernitätsnotstands der Pflege.

Die Ausbildungsgänge sind trotz des Ausbaus der ambulanten Pflege weiterhin vorwiegend an stationären Strukturen des akutklinischen Bereichs orientiert, wie das Beispiel der "langen Nächte in der Altenpflege" zeigt.

Hinsichtlich des Modernitätsrückstandes in der inhaltlichen Vermittlung gibt unsere Befragung von AbsolventInnen der Altenpflegeausbildung hinreichend Aufschluß:²⁵

Prinzipiell zufrieden mit der Altenpflegeausbildung sind immerhin 74% der Befragten. Aber im einzelnen kritisiert doch jede/r Zweite die inhaltliche Ausgestaltung der Altenpflegeausbildung. D.h. 50% der AbsolventInnen der Altenpflegeausbildung sind damit in inhaltlicher Hinsicht nicht zufrieden.

Im einzelnen wird von Ihnen auf eine unzureichende Vermittlung praxisrelevanter Fächer verwiesen, wie z.B. Gerontopsychiatrie und Gerontologie, aktivierende, präventive und rehabilitative Pflege, Gesprächsführung und Anleitung sowie Pflegeplanung.

Immerhin noch 30% sind unzufrieden hinsichtlich der Vermittlung medizinisch-pflegerischer Inhalte wie

- Krankenbeobachtung
- Behandlungspflege
- Injektionen.

Ein besonderes Problem stellt darüber hinaus die Abstimmung zwischen Theorie und Praxis dar und insbesondere die praktische Anleitung: 74% der Befragten halten die Theorie-Praxis-Abstimmung für unzureichend; 61% fanden die praktische Anleitung für unzureichend; 42% beurteilten die praktische Anleitung als qualitativ schlecht.²⁶

25 Vgl. Meifort, B., a.a.O., S. 8.

26 Ebenda, S. 8f.

Wenn man hinzunimmt, daß mehr als ein Drittel während der Ausbildung schon einmal über den Ausstieg nachdachten, wird an diesen Ergebnissen deutlich, welche Bedeutung für die Qualität der Pflege(ausbildung), für die Attraktivitätssteigerung der Pflege(ausbildung) und für die Beseitigung des Pflege und Qualifikationsnotstands der Frage zukommt, welche Qualität der Ausbildung des Lehrpersonals und der PraxisanleiterInnen beigemessen wird.

In keinem anderen Wirtschafts und Berufsbereich leisten wir uns den Zustand, daß sowohl für das Lehrpersonal der schulischen Ausbildung als auch für das Ausbildungspersonal der praktischen betrieblichen Ausbildung vor Ort verbindliche länderübergreifende qualitative Mindeststandards für deren Qualifikation fehlen.

Die Defizite hinsichtlich der Regelungs-, Finanzierungs- und Freistellungssituation für die Fort- und Weiterbildung wurden im Referat von Frau Lörcher bereits herausgestellt. Hier sei nur noch darauf verwiesen, daß sich der Pflegenotstand über Fort und Weiterbildung, die sich in bloßer Personalqualifizierung erschöpft, nicht beheben lassen wird. Eine Öffnung der als Sackgassenberufe deklarierten Pflegeberufe läßt sich nur erreichen, wenn berufliche Fort- und Weiterbildung auf betrieblicher Seite organisatorisch eingebettet wird in eine Entwicklung der Arbeitsstrukturen, die mit einer systematischen Personalentwicklungspolitik verknüpft wird.²⁷

Zur Attraktivitätssteigerung der beruflichen Bildung im allgemeinen und zur Öffnung des Sackgassencharakters der Pflegeberufe im besonderen, wird der Ruf nach Durchlässigkeit der beruflichen Bildungsgänge der Sekundarstufe II in allen Berufsbereichen laut. Durchlässigkeit und Gleichwertigkeit sind grundsätzliche Voraussetzungen für die Attraktivitätssteigerung der beruflichen Bildung sämtlicher Berufsbereiche, auch auf die Gefahr hin, daß besonders qualifizierte Kräfte diesen Weg wahrnehmen und abwandern.

Zum Schluß möchte ich nicht mit einer These, sondern mit einer Frage enden: Wird die Diskussion um den Pflegenotstand zum Innovationshindernis?

27 Vgl. hierzu im einzelnen: Meifort, B. 1992a, S. 287 - 304.

Es steht zu befürchten, daß die Diskussion über den "Pflegetotstand" diesen vergrößert, weil sie Bemühungen um innovative Veränderungen lähmt. Durch die Fixierung auf den Negativzustand werden Innovationspotentiale nicht offensiv genutzt, der Ruf nach "billigen Lösungen" wird dagegen immer lauter:

Die Lähmung des Innovationspotentials wird z.B. an der jahrelangen fruchtlosen Diskussion über Pflegetotstand in der Altenpflege einerseits und gesundheits- oder sozialpflegerische inhaltliche Orientierung der Altenpflegeausbildung andererseits deutlich. Dieser inhaltliche Richtungsstreit wurde zu keinem Zeitpunkt fachlich argumentativ ausgetragen, sondern diente ausschließlich formalem kompetenzrechtlichen Kräfteressen zwischen Bund und Ländern.

Insbesondere auch durch den hohen Anteil privater Bildungsstätten im Bereich der Altenpflegeausbildung wird eine inhaltliche Modernisierung der Ausbildung behindert. Diese Bildungsstätten müssen aus Gründen der Existenzhaltung Interesse an einer stetig hohen Zahl von AbsolventInnen haben; d.h. eine hohe Umschlagshäufigkeit von BerufsausstiegInnen und immer wieder neuen AusbildungsabsolventInnen hält sie am Leben.

Die Lähmung des innovativen Potentials in der Pflege äußert sich auch in den ausschließlich situativen personalpolitischen Strategien an Stelle innovativer Umstrukturierungen. Einzelbereichslösungen wie die Fortbildung zur Fachhauswirtschafterin für ältere Menschen oder Bestrebungen, die Krankenpflegehilfeausbildungskapazitäten wieder zu beleben, zielen darauf ab, möglichst billig, Löcher zu stopfen, statt die Situation für eine einheitliche grundlegende Umstrukturierung und Reform der beruflichen Bildung für die Pflegeberufe in ihrer Gesamtheit zu nutzen.

Literatur:

Asam, W.H. (Hrsg.): Neue Alten-Politik. Sicherung der Pflege durch Sozialplanung, Freiburg 1992.

Baumann, M.; U. Zell: Die Arbeitssituation in der stationären Krankenpflege. Ausgewählte Ergebnisse einer Befragung in Krankenhäusern, in: Prognos (Hrsg.): Auf dem Weg aus der Pflegekrise? Neue Ideen und Lösungsansätze in der Krankenpflege, Berlin 1992.

Becker, W.; B. Meifort (Hrsg.): "Professionalisierung gesundheits- und sozialpflegerischer Berufe. Europa als Impuls?". Bericht zur beruflichen Bildung, H. 129, Berlin 1993.

Becker, W.; B. Meifort: Pflegen als Beruf – ein Berufsfeld in der Entwicklung. Berufe in der Gesundheits- und Sozialpflege: Ausbildung, Qualifikation, berufliche Anforderungen. Eine Praxisanalyse, Berichte zur beruflichen Bildung, H. 169 (Qualifikationsforschung im Gesundheits- und Sozialwesen), Bielefeld 1994.

Dietrich, H.: Es ist nicht der Pflegetotstand aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, in: A. Kuhlmei; M. Landenberger: Entwicklungsperspektiven der Kranken- und Altenpflege. Dokumentation eines Workshops des Sonderforschungsbereiches 333 der Universität München und der Abteilung Gerontologie und Medizinsoziologie der Humboldt-Universität zu Berlin, 3./4.12.1992 in Berlin, Berlin/München 1993.

Höft-Dzemski, R.: Bestandsaufnahme der ambulanten sozialpflegerischen Dienste (Kranken- und Altenpflege, Haus und Familienpflege) im Bundesgebiet, in: BMJFFG (Hrsg.): Schriftenreihe des BMJFFG; Bd. 195, Stuttgart 1987.

Institut für System und Technologieanalysen in der Biomedizin (SysTA): Zur quantitativen und qualitativen Verbesserung von Pflegeleistungen unter besonderer Berücksichtigung von Aus-, Fort- und Weiterbildung. Spezialbericht der Gesundheitsberichterstattung Nordrhein-Westfalen. Im Auftrag des Instituts für Dokumentation und Information, Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen (IDIS), Teil 1, Bad Oeynhausen 1993.

Kuhlmei, A.; Landenberger, M.: Entwicklungsperspektiven der Kranken- und Altenpflege. Dokumentation eines Workshops des Sonderforschungsbereiches 333 der Universität München und der Abt. Gerontologie und Medizinsoziologie der Humboldt-Universität zu Berlin. 3./4.12.1992 in Berlin, Berlin/München 1993.

Landenberger, M.: Pflegetotstand hausgemacht? Zur Berufssituation der Pflegekräfte, in: B. Meifort: Gesundheits- und sozialpflegerische Berufe. Entwicklungstendenzen und Lösungswege. Forum G des 2. BIBB-Fachkongresses vom 9.-11.12.1992 in Berlin, hrsg. vom Bundesinstitut für Berufsbildung, Nürnberg 1993.

Meifort, B. (Hrsg.): "Gesundheits- und sozialpflegerische Arbeit im Umbruch." Berufliche Bildung im Schnittpunkt einer veränderten Gesundheits- und Sozialpolitik. Ergebnisse der Hochschultage Berufliche Bildung '86, Reihe Hochschule & Berufliche Bildung, Bd. 3, Alsbach 1987.

Meifort, B.: Gesundheits- und Sozialberufe auf dem Prüfstand, in: M. Frackmann (Hrsg.): Ein Schritt vorwärts... Frauen in Ausbildung und Beruf, Hamburg 1990.

Meifort, B. (Hrsg.): "Schlüsselqualifikationen für gesundheitliche und sozialpflegerische Berufe, Reihe Hochschule & Berufliche Bildung, Bd. 29, Alsbach 1991.

Meifort, B.: Weiterbildungs- und Arbeitsorganisation als Beitrag für die Qualitätssicherung in der Altenpflege, in: W.H. Asam (Hrsg.): Neue Alten-Politik. Sicherung der Pflege durch Sozialplan, Freiburg 1992a, S. 287 - 304.

Meifort, B.: Ausbildungssituation in der Altenpflege - Problemlagen und Lösungsansätze, in: Personalsituation in der Altenpflege heute und morgen. Tagung des Kuratorium Deutsche Altershilfe am 17./18.10.1991 in Bensberg, Tagungsbericht, Köln 1992.

Meifort, B.: Gesundheitspflegerische und sozialtherapeutische Berufe, Forschungsbericht des Bundesinstituts für Berufsbildung, in: ibv, Bd. 53, 1992, S. 3217 - 3227.

Meifort, B.: Haus-Wirtschaft oder Haus-Pflege? Oder: Zur Annäherung von Berufsfeldern und Neuschneidung von Berufen, in: Hauswirtschaftliche Bildung, H. 10, 1992, S. 218 - 223.

Meifort, B.: Gesundheits- und sozialpflegerische Berufe. Entwicklungstendenzen und Lösungswege, Forum G des 2. BIBB-Fachkongresses vom 9.-11.12.1992 in Berlin, Nürnberg 1993.

Meifort, B.: Modulares Weiterbildungskonzept Hauspflege zur Gewinnung zusätzlicher Personenressourcen für die Pflegeberufe, in: A. Kuhlmei, M. Landenberger: Entwicklungsperspektiven der Kranken- und Altenpflege. Dokumentation eines Workshops des Sonderforschungsbereiches 333 der Universität München und der Abteilung Gerontologie und Medizinsoziologie der Humboldt-Universität zu Berlin, 3./4. Dezember 1992 in Berlin, Berlin/München 1993, S. 176 - 185.

Meifort, B.: Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften in den ersten Berufsjahren. Zwischenbericht zum Forschungsbericht 4.202; erstellt unter Mitarbeit von Wolfgang Becker, Monika Fenkohl und Gisela Mettin, hrsg. vom Bundesinstitut für Berufsbildung, vervielfältigtes Manuskript, Berlin, März 1994.

Rückert, W.: Gegenwärtige Personalsituation in der Altershilfe, in: Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (Hrsg.): Personalsituation in der Altershilfe heute und morgen. Tagungsbericht. Reihe "Thema" Nr. 53, Köln 1992.

Sabine Kühnert

Sozialer und demographischer Wandel als Rahmenbedingungen für die Zukunft der Pflege - Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungsstrategien zur Professionalisierung der Pflege

1. Ausgangssituation: Personalbedarf und Personalbestand in der Pflege

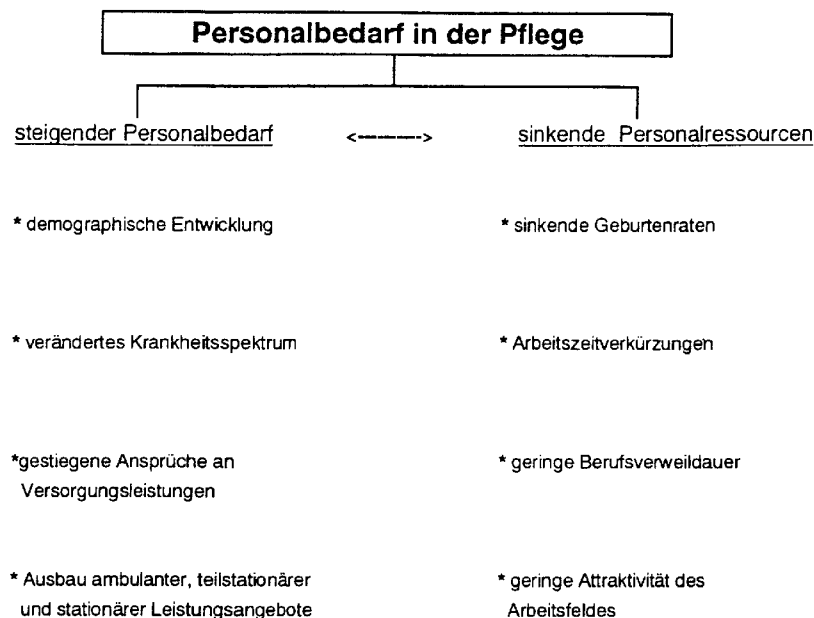
Professionalisierung der Pflege ist eine zentrale Forderung zur Bewältigung der sich verändernden Anforderungen in diesem Arbeitsfeld, für deren Realisierung neben der Veränderung finanzieller Richtlinien und institutioneller Rahmenbedingungen auch die Verfügbarkeit einer ausreichenden Anzahl von für ihre Aufgaben fachlich qualifizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter benötigt werden. Immer noch stellen die Pflegeberufe Heil-Hilfsberufe dar, obwohl angesichts der Tatsache, daß die Tätigkeitsfelder der Pflege umfassender und komplexer werden, eine eigenverantwortliche und gleichberechtigte Übernahme von Aufgaben in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung verlangt wird. Die Tätigkeitsfelder der Pflege reichen dabei von der akut-medizinischen Versorgung über die Durchführung präventiver und rehabilitativer Pflegemaßnahmen bis zur Unterstützung von chronisch erkrankten, behinderten, langzeitpflegebedürftigen und sterbenden Menschen sowie psychisch Erkrankten.

Soll die in der theoretischen Konzeption bereits vollzogene Abkehr der Pflege von den krankheits- und behandlungsorientierten Paradigmen der Medizin hin zu einem ganzheitlichen Pflegeverständnis auch in der Praxis vollzogen werden, so sind hierfür zum einen deren theoretisch-wissenschaftliche Fundierung und die Entwicklung und Umsetzung geeigneter Instrumente zur Bedarfsermittlung, Pflegeplanung, Pflegedokumentation und Evaluation und zum anderen Veränderungen in den Einstellungen und dem Fachwissen der am Pflegeprozeß beteiligten Berufsgruppen gefordert. Die Qualifizierung der Berufsangehörigen auf den verschiedenen Ebenen der Aus-, Fort- und Weiterbildung ist somit

ein zentrales Instrument zur Professionalisierung, und Qualifizierung der Pflege.

Wie wichtig Maßnahmen zur Gewinnung neuer Berufsgruppen für die Pflege und die fachliche Qualifizierung der bereits in diesem Berufsfeld Beschäftigten sind, wird aus der Gegenüberstellung des sich abzeichnenden Personalbedarfs mit dem derzeitigen Personalbestand deutlich. Hier ist die gegenwärtige Situation in der Bundesrepublik durch zwei sich gegenseitig verschärfende Entwicklungen gekennzeichnet: Steigender Personalbedarf bei gleichzeitiger Verringerung der verfügbaren personellen Ressourcen.

Abb. 1



Bedingt durch den bekannten demographischen und strukturellen gesellschaftlichen Wandel nimmt nicht nur der quantitative Betreuungsbedarf zu, sondern es steigen auch die Anforderungen an die fachliche Qualifikation der in der Altenarbeit beschäftigten Mitarbei-

tergruppen. Einer Analyse des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Kühlewind 1992) zufolge ist allein zur Erhaltung des bestehenden Versorgungsbestandes von acht Pflegekräften auf 1.000 über 65jährige die Anzahl der Pflegekräfte von derzeit ca. 80.000 auf 111.000 im Jahr 2030 zu erhöhen, um den Pflege- und Betreuungsbedarf der zunehmenden Zahl älterer Menschen abzudecken.

Dabei bleibt jedoch unberücksichtigt, daß als Folge des sich verändernden Krankheitsspektrums, insbesondere bei der zahlenmäßig zunehmenden Gruppe der 80jährigen und Älteren, von einer qualitativen Veränderung des Pflege- und Betreuungsbedarfs auszugehen ist. Multimorbidität als charakteristisches Merkmal von Erkrankungen im Alter, ein mit zunehmendem Alter steigendes Risiko des Eintritts psychischer Erkrankung und vorherrschend degenerative Erkrankungen führen dazu, daß mehr und für die sich stellenden Anforderungen spezifisch ausgebildete Fachkräfte zur Verfügung stehen müssen. Nach Schätzungen von Prognos (1991) ist deshalb von einem weiteren Personalbedarf in der Krankenpflege von ca. 36%, d.h. 32.000 Planstellen, in der Bundesrepublik auszugehen. Für die Altenpflege errechnet Landenberger (1993) sogar einen prognostizierten Mehrbedarf bis zum Jahr 2010 von über 100%, d.h. ca. 136.000 Planstellen.

Dabei beschränkt sich der bestehende Personalmehrbedarf nicht allein auf den Bereich der pflegerischen Versorgung, auch wenn dies in der Regel im Vordergrund der Diskussionen steht. Fast immer ergibt sich gleichzeitig zum Bedarf an pflegerischer Versorgung auch ein hauswirtschaftlicher Hilfebedarf sowie ein Bedarf an Unterstützung zur sozialen Teilhabe, wie dies aus der Infratest-Untersuchung zum Hilfe- und Pflegebedarf hervorgeht (Infratest 1992). Weiterhin benötigen 12,5% der über 65jährigen Hilfen im hauswirtschaftlichen Bereich, obwohl sie gemäß der Infratest-Klassifikation nicht pflegebedürftig sind.

Ungeachtet des bestehenden Personalmehrbedarfs sind die Chancen zur Gewinnung einer ausreichenden Anzahl fachlich qualifizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für dieses Arbeitsfeld schlecht. Sinkende Geburtenraten in den letzten 25 Jahren führen zu einer Verringerung des Nachwuchskräftepotentials für die pflegerischen Berufe um ca. 12% (Prognos 1991). Damit wird die Diskrepanz zwischen dem erkennbaren Personalbedarf und dem verfügbaren Personal noch weiter vergrößert.

Problemverschärfend kommt hinzu, daß als Folge zwischenzeitlicher Arbeitszeitverkürzungen die pro Mitarbeiter pro Jahr zu Verfügung stehende Jahresarbeitszeit sich im Zeitraum von 1970 bis 1987 um ca. ein Drittel reduziert hat (Rückert 1992). D.h., mit dem gleichen Personalbestand können weniger Arbeiten erledigt werden. Der aus den Statistiken erkennbare Personalzuwachs in den Pflegeberufen um ca. 16% (Soziale Sicherheit 1991) kommt deshalb kaum zum Tragen. Zum anderen ist er das Ergebnis des Ausbaus der ambulanten Dienste und der Erhöhung des Pflege- und Betreuungsbedarfs der Bewohner stationärer Einrichtungen und weniger ein Indikator für eine Verbesserung der Betreuungsmöglichkeiten. Bereits gegenwärtig ist allein in Nordrhein-Westfalen von einem Fehlbestand in der Altenpflege von 20.700 Pflegekräften bis zum Jahr 1995 auszugehen (MAGS 1993).

Aus dieser Gegenüberstellung wird erkennbar, daß Qualifizierungsstrategien vor allem unter zwei Aspekten zu erfolgen haben:

Unter dem **funktionalen** Aspekt der Eignung zur Gewinnung neuer Personengruppen für dieses Arbeitsfeld und der Erhöhung der Berufsverweildauer,

unter dem **inhaltlichen** Aspekt der angemessenen Qualifizierung der im Arbeitsfeld beschäftigten Berufsgruppen für die Bewältigung der sich stellenden Anforderungen.

Handlungsbedarf wird dabei den wenigen vorliegenden Angaben zufolge vorrangig in

- der Erhöhung des Fachkräfteanteils der Pflege,
 - der Spezifizierung pflegerischer Qualifikationen für neue Aufgaben in den Bereichen ambulanter Pflege und geriatrischer Rehabilitation sowie geronto-psychiatrischer Pflege und Betreuung und
 - der Qualifizierung von Führungskräften
- gesehen.

Neben Veränderungen des Angebotsspektrums und einzelner Angebotsinhalte ist dabei auch auf die Veränderung von Rahmenbedingungen hinzuwirken, unter denen Aus-, Fort- und Weiterbildung sich vollziehen, um weitere Anreize für den Besuch von Qualifizierungsangeboten zu schaffen.

2. Qualifizierungsstrategien als Instrumente der Professionalisierung der Pflege

2.1 Gestaltung des Angebotsspektrums und der Angebotsinhalte

1. Ausweitung der Qualifizierungsmöglichkeiten für nicht examinierte Pflegekräfte

Im Verhältnis zu ihrer Beschäftigtenzahl ist insbesondere in der stationären Altenpflege das bestehende Bildungsangebot für nicht examinierte Pflegekräfte als defizitär zu beurteilen (vgl. Koch, Kühnert 1993). Obwohl das vorrangige Ziel in der Erhöhung des Fachkräfteanteils durch Gewinnung von Hilfskräften für eine Fachausbildung zu sehen ist, sind auch Qualifizierungsmöglichkeiten für diejenigen Hilfskräfte vorzuhalten, die entweder für eine Ausbildung nicht mehr gewonnen werden können, oder die Tätigkeiten ausüben, für die keine Ausbildung benötigt wird. Derartige Angebote sollten neben der Vermittlung grundlegender Fachkenntnisse auch auf die Befähigung zur Kooperation mit Fachkräften und auf ein Erkennen der eigenen Kompetenzen und ihrer Grenzen abzielen.

2. Anpassung der Pflegeausbildungen an sich verändernde Anforderungen

Weder examinierte Krankenpflege- noch Altenpflegekräfte werden in ihrer Ausbildung hinreichend auf die besonderen Anforderungen der ambulanten Pflege qualifiziert. Neben einer Ausweitung der auf die Durchführung ambulanter Pflege bezogenen Ausbildungsinhalte, ist auf eine stärkere Verankerung geriatrisch-rehabilitativer und psychosozialer Fachinhalte hinzuwirken. Des weiteren sind eine Verbesserung des Theorie-Praxis-Bezugs durch Integration des fachpraktischen Unterrichts in die Gesamtausbildung und eine Verbesserung der fachlichen Begleitung der Praxiseinsätze durch qualifizierte Praxisanleiter und die Vermittlung von Kompetenzen zu einer kritischen Auseinandersetzung mit den derzeitigen Arbeitsbedingungen gefordert, um den Praxisschock zu Beginn der Berufstätigkeit zu vermindern und dadurch die Berufsverweildauern zu erhöhen.

3. Qualifizierung der Lehrkräfte entsprechend den Standards anderer Berufsausbildungen

Bislang werden Qualifizierungsangebote für Lehrkräfte und Praxisanleitungen zum überwiegenden Teil von freien Trägern durchgeführt, wobei das Angebotsspektrum sehr heterogen ist und die vermittelten Qualifikationsniveaus somit nicht vergleichbar sind. Die Ausbildung von Praxisanleitungen und Unterrichtskräften an Fachseminaren und Fachschulen sollte deshalb entsprechend den Standards anderer Berufsausbildungen erfolgen. Es gibt keine fachliche Begründung, weshalb Altenpflegeschüler und -schülerinnen nicht von an Universitäten fachlich und pädagogisch ausgebildeten Lehrkräften unterrichtet werden sollen und durch geschulte und für diese Aufgaben explizit beauftragte Praxisanleitungen am Arbeitsplatz angeleitet werden. Eine Weiterbildung von Pflegefachkräften zur Unterrichtskraft, wie es bislang in fast allen Bundesländern praktiziert wird, reicht vor allem auch deshalb nicht aus, da dies nicht im geforderten Umfang für die zu leistenden curricularen Entwicklungen in der Altenpflegeausbildung qualifiziert.

4. Intensivierung der Fort- und Weiterbildung von Pflegefachkräften für den Umgang mit psychisch veränderten alten Menschen

Zwar werden den Programmausschreibungen zufolge durchaus Veranstaltungen zu diesen Themen angeboten (vgl. Koch, Kühnert 1993), doch ist fraglich, ob dies angesichts des bestehenden Versorgungsbedarfs an gerontopsychiatrischer Pflege und der damit verbundenen Belastungen ausreichend ist. Hinzu kommt, daß gerontopsychiatrische Pflege auch im ambulanten Bereich unter Einbezug von Angehörigen und Laienhelfern zu leisten ist. Auch hierfür sind Mitarbeiter zu qualifizieren, wobei ein Schwerpunkt in der Vermittlung von Kompetenzen zum Umgang mit Belastungssituationen zu setzen ist. Stundenumfang und Ausbildungsinhalte von Weiterbildungen zur Fachkraft für gerontopsychiatrische Pflege sind durch Erstellung gesetzlich verankerter Rahmencurricula zu vereinheitlichen, um die Identifikation qualitativ guter Angebote zu gewährleisten.

5. Erweiterung des Weiterbildungsspektrums für Pflegefachkräfte um die Bereiche ambulante Pflege und geriatrischer Rehabilitation

Beide Bereiche sind bislang nur in wenigen Bundesländern durch Weiterbildungsgesetze geregelt und werden in Konsequenz bislang nur selten angeboten. Weder in der Altenpflege- noch in der Krankenpflegeausbildung wird allerdings auf beide Arbeitsbereiche in ausreichendem Maße eingegangen, obwohl von einem zukünftig noch steigenden Versorgungsbedarf auszugehen ist. Nach den vorliegenden Erfahrungen aus Nordrhein-Westfalen für den Bereich der ambulanten Pflege und aus Hamburg für den Bereich der geriatrischen Rehabilitation ist dabei der Durchführung berufsgruppenübergreifender Weiterbildungen der Vorzug zu geben. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, daß die Anforderungen des Arbeitsfeldes als für den Lernerfolg bedeutsamer anzusehen sind als die zum Teil schon mehrere Jahre zurückliegenden unterschiedlichen Berufsausbildungen. Auch kann der gemeinsame Besuch einer Weiterbildungsmaßnahme einen Beitrag zur Verbesserung der Kooperation zwischen beiden Berufsgruppen in der Praxis leisten.

6. Intensivierung und strukturelle Veränderung der Weiterbildung von Leitungskräften zur Übernahme von Management- und Führungsaufgaben

Ein effektiver Personaleinsatz und die Umsetzung neuer Pflegekonzepte erfordert das Vorhandensein qualifizierter Leitungskräfte. Auch hier sind in allen Arbeitsfeldern der Altenarbeit Defizite erkennbar, die für die beschriebenen Personalprobleme mitverantwortlich sind. So ist im Vergleich mit anderen Arbeitsfeldern die professionelle Ausübung von Management- und Führungsaufgaben nicht durch das alleinige Vorliegen fakultativ zu besuchender Bildungsangebote in unterschiedlicher Trägerschaft gewährleistet, zumal diese sich hinsichtlich ihrer Qualität – gemessen am Stundenumfang und der Qualifikation der vermittelnden Dozenten stark voneinander unterscheiden. Von Leitungskräften wird weniger die Verfügbarkeit von Detailkenntnissen verlangt als das Vorhandensein eines breiten fachlichen Überblicks sowie Fähigkeiten und Erfahrungen im Management und der Organisation von Institutionen.

Gegenstand der zu fordernden Weiterbildung soll deshalb die Vermittlung methodischer Kompetenzen wie Planungsgeschick und die Fähigkeiten zur systematischen Erfassung von Problemlagen und mögliche Lösungsstrategien, d.h. der Erwerb sogenannter Schlüsselqualifikationen zur Übernahme von Leitungsaufgaben, sein. Da eine der Hauptaufgaben von Leitungskräften auf dem Gebiet der Personalführung liegt, sollten auch diesbezügliche kommunikative Kompetenzen, insbesondere Verhandlungs- und Vermittlungsgeschick, zum Ausgleich unterschiedlicher Interessen und zur Motivation von Mitarbeitern Bestandteil der zu konzipierenden Bildungsmaßnahmen sein.

7. Ausbau gerontologischer Fortbildungsangebote für Laienhelfer

Der Verbleib von hilfs- und pflegebedürftigen Menschen in ihrem vertrauten Wohnumfeld ist durch professionelle Hilfe allein ohne Rückgriffsmöglichkeiten auf Pflege der Angehörigen, auf Nachbarschaftshilfe und auf ehrenamtlich Tätige nicht sicherzustellen. Für eine reibungslose Zusammenarbeit zwischen professionellem Hilfesystem und dem Laienhilfesystem sind auch für letztere Qualifizierungsmöglichkeiten bereitzustellen. Dabei sollten neben dem erforderlichen Fachwissen auch Strategien zum besseren Umgang mit belastenden Pflegesituationen und im Fall der ehrenamtlichen Hilfsdienste auch zu einer besseren Kooperation zwischen ehrenamtlichen und professionellen Pflegekräften erworben werden.

2.2 Gestaltung von Rahmenbedingungen der Aus-, Fort- und Weiterbildung

Eine Umsetzung der erforderlichen Qualifizierungskonzepte setzt das Vorhandensein entsprechender Rahmenbedingungen voraus. Ein Hauptkennzeichen des derzeitigen Aus-, Fort- und Weiterbildungsmarktes in der Altenarbeit ist dessen Heterogenität und Unübersichtlichkeit, die nicht zuletzt durch die unterschiedlichen bzw. fehlenden gesetzlichen Regelungen bedingt werden.

1. Bundesweite Vereinheitlichung der Altenpflegeausbildung

Mit der Qualität der grundständigen Ausbildung wird auch der Fort- und Weiterbildungsbedarf festgelegt. Kann in der Krankenpflege von einer bundeseinheitlichen Grundlage ausgegangen werden, auf der aufbauend spezifische Fort- und Weiterbildungserfordernisse – wie bereits beschrieben – identifizierbar sind, so gestaltet sich die Situation für die Altenpflegeausbildung aufgrund einer fehlenden bundeseinheitlichen Ausbildungsregelung noch schwieriger. Eine bundesweite Vereinheitlichung der Altenpflegeausbildung ist dabei nicht nur deshalb dringend zu fordern, um ihren fachlichen Status gegenüber der Krankenpflegeausbildung zu verbessern, sondern auch um die Voraussetzungen für eine Anerkennung des Berufsabschlusses in anderen europäischen Ländern zu erreichen. Daß das Bestreben um Professionalisierung der Pflege generell ohne eine Diskussion um eine Neuschneidung von Berufsfeldern und eine grundsätzliche Neuorganisation von Ausbildungsgängen z.B. durch Überführung der pflegerischen Ausbildungen in das Berufsbildungssystem schwerlich möglich sein wird, soll an dieser Stelle nur am Rande erwähnt werden.

2. Gesetzliche Regelung der Weiterbildung und Entwicklung verbindlicher Rahmencurricula

Die Hauptkennzeichen des derzeitigen Weiterbildungssektors für Pflegeberufe sind dessen Heterogenität und Unübersichtlichkeit, die nicht zuletzt dadurch bedingt sind, daß die Regelung der Weiterbildungen dem Zuständigkeitsbereich der Länder unterliegt. Neben einigen in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich in Weiterbildungsgesetzen geregelten Weiterbildungsmaßnahmen werden eine Vielzahl gesetzlich nicht geregelter Weiterbildungen angeboten. Zum Teil erfolgt eine Orientierung an bestehenden Empfehlungen, wie z.B. den Rahmenrichtlinien der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, doch haben diese keine einer Angebotstransparenz förderliche Verbindlichkeit. So kommt es, daß eine Vielzahl unterschiedlicher Träger Veranstaltungen anbietet, wobei die aus den Programmankündigungen zu entnehmenden Informationen vielfach unvollständig oder sehr allgemein gehalten sind (Koch, Kühnert 1993). Dies erschwert wiederum die Auswahl des den eigenen Bedürf-

nissen entsprechenden Angebots durch interessierte Teilnehmer und Anstellungsträger. Die Entwicklung verbindlicher Rahmencurricula auf Basis gesetzlich verankerter und zwischen den einzelnen Bundesländern abgestimmter Weiterbildungsvereinbarungen ist somit eine maßgebliche Voraussetzung zur Verbesserung der Weiterbildungsmöglichkeiten in der Pflege.

3. Verbesserung der Informationspraxis

Die Nichtteilnahme an Qualifizierungsangeboten ist auch eine Folge unzureichender Information und fehlender Transparenz über die derzeitige Angebotssituation. Programmübersichten u.a. in Form einer Datenbank, die auch von Arbeitgebern, Bildungsberatungsstellen oder Berufs- und Interessenverbänden genutzt werden kann, erleichtern den Überblick über das derzeitige Angebotsspektrum. Gefordert ist weiterhin eine Verbesserung der Programmausschreibungen, damit potentielle Interessenten sich gezielter über die Angebotsart, die Zielsetzung, Arbeitsformen, Inhalte, Qualifikation der Dozenten sowie über eventuelle Freistellungsmöglichkeiten informieren können.

4. Tarifrechtliche Verankerung des Besuchs anerkannter Weiterbildungen

Zur Zeit ist nur unzureichend sichergestellt, daß sich der Besuch einer Weiterqualifizierungsmaßnahme für die Teilnehmer "lohnt", da es bislang in der Altenpflege keine tarifrechtlich relevanten Fort- und Weiterbildungen gibt (vgl. Spezialbericht der Gesundheitsberichterstattung NRW 1993, S. 55). Zur Erhöhung der Bildungsbereitschaft sind deshalb die Regelung zur Finanzierung des Besuchs von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und die tarifrechtliche Verankerung zur Höhergruppierung nach dessen erfolgreichen Abschluß zu verbessern.

5. Öffnung des tertiären Bildungssektors für die Pflegeberufe

Eine Professionalisierung der Pflege ist ohne die wissenschaftliche Grundlegung der Pflegeausbildung und Pflegepraxis nicht denkbar. Legt man die Standards anderer europäischer Länder zugrunde, so sollten 10% der Pflegekräfte über eine akademische Ausbildung verfügen, um an entscheidenden Stellen in Forschung, Lehre und Leitungstätigkeit für

die Entwicklung und Weitergabe von Konzepten und Arbeitsweisen zu sorgen. Bei der Öffnung des tertiären Bildungssektors für die Pflegeberufe durch Einrichtung pflegebezogener Studiengänge an Hochschule und Universitäten werden die hierfür erforderlichen Voraussetzungen geschaffen. Gleichzeitig öffnen sich für Pflegefachkräfte berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten, die dazu beitragen können, die Attraktivität des Berufsfeldes zu erhöhen.

Literatur

Koch, A.; S. Kühnert: Analyse der Ausschreibungen von Fort- und Weiterbildungsangeboten für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Altenarbeit, KDA-Schriftenreihe Thema, Bd. 83, Köln 1993.

Kühlewind, G.: Gesamtdeutscher Arbeitsmarkt. Lösung für das Pflegeproblem in den alten Ländern? Referat im Rahmen einer Tagung der Evangelischen Akademie Tutzingen, Februar 1992.

Kühnert, S. (Hrsg.): Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie, Band 2. Qualifizierung und Professionalisierung in der Altenarbeit, Hannover 1994 (in Druck).

Landenberger, M.: Pflegenotstand hausgemacht? Zur Berufssituation der Pflegekräfte, in: Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Gesundheits- und sozialpflegerische Berufe, Kongressbericht, Nürnberg 1993, S. 55-64.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) (Hrsg.): Öffentliche Gesundheit und Pflege in Nordrhein-Westfalen. Qualitative Abschätzung des Bedarfs an akademischen Fachkräften, Schriftenreihe des MAGS, Düsseldorf 1993.

Prognos: Vorausschätzungen des Personalbedarfs in der Altenhilfe im Freistaat Bayern, Köln 1991.

Rückert, W.: Gegenwärtige Personalsituation in der Altenhilfe, KDA Schriftenreihe Thema, Band 54, Köln 1992.

Spezialbericht der Gesundheitsberichterstattung Nordrhein-Westfalen: Zur quantitativen und qualitativen Verbesserung von Pflegeleistungen unter Berücksichtigung von Aus-, Fort- und Weiterbildung. Unveröffentlichter Forschungsbericht erstellt im Auftrag des Instituts für Dokumentation und Information, Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen (IDIS), 1993.

Soziale Sicherheit: Beschäftigte in Pflegeberufen, Soziale Sicherheit 3, 1993.

Paul Vath

Gesundheitsstrukturgesetz und Pflegeversicherung – Eine Herausforderung für die Pflegeberufe und eine Chance zur Professionalisierung –

Einführung

Bei der Vorbereitung meines Vortrages ist mir wieder einmal deutlich geworden, wie umfangreich man dieses Thema bearbeiten könnte, vor welcher Herausforderung die Pflegeberufe stehen und wie vielfältig die Probleme sind, die es zu lösen gilt. Ich habe mich in meinen Ausführungen auf die mir wichtigsten Aspekte beschränkt.

Die Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes habe ich in folgenden Schlagworten zusammengefaßt:

Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) bringt im Krankenhausbereich

- Einführung der Pflegepersonalregelung;
- umfangreiche Dokumentations- und Berichtspflichten;
- eine fundamentale Änderung des bisherigen Finanzierungssystems;
- eine Veränderung der Leistungsstrukturen.

Daraus resultieren (nach Konrad Regler, Vorsitzender der Bayrischen Krankenhausgesellschaft (BKG))

1. Finanzierungs- und Umsetzungsprobleme;
2. Veränderung der Strukturen im Krankenhaus und der Krankenhauslandschaft;
3. Auswirkungen auf das Verhältnis zwischen dem Krankenhaus und dem niedergelassenen Bereich;
4. Auswirkungen auf die Patientenversorgung.

Die Punkte 2 bis 4 verweisen hier auf die Notwendigkeit der Pflegeversicherung, auf die ich im zweiten Teil näher eingehen werde.

Alle diese hier aufgeführten Punkte werden das Geschehen in den Krankenhäusern verändern, setzen Verantwortung und Bereitschaft zur Innovation voraus, verlangen von allen Berufsgruppen eine intensive Auseinandersetzung mit ihren Gewohnheiten und werden auch das berufliche Selbstverständnis sowie die Beziehungen der Berufsgruppen zueinander entscheidend verändern.

Pflegepersonalregelung

Die Kranken- und Kinderkrankenpflege in den Krankenhäusern hat, durch die im GSG verankerte Pflegepersonalregelung eine sehr gute Ausgangssituation, um die anstehenden Probleme erfolgreich zu bewältigen.

Im Art. 13 des Gesundheitsstrukturgesetzes wurde erstmals in der Geschichte der Bundesrepublik nicht nur eine an dem Pflegeaufwand orientierte Bemessung der Planstellen im Pflegebereich festgeschrieben, sondern auch ein selbst zu verantwortender Aufgabenbereich gesetzlich definiert. Die Allgemeine Pflege liegt in der Verantwortung der Pflegenden, d.h. die hier erforderlichen Leistungen werden nicht durch die Ärzte, sondern durch die Pflegenden initiiert, durchgeführt und kontrolliert.¹

Diese für die Pflegeberufe sehr zentrale und für die professionelle Entwicklung eminent wichtige Aussage ist bisher weitgehend nicht erkannt worden. Für die große Mehrheit der Pflegenden (auch auf den Leitungsebenen) ist die Pflegepersonalregelung immer noch eine reine Mengendefinition für Planstellen (PPR = Pflege - Personal - Rechnung), an der auch mit sehr viel Hingabe gearbeitet wird.

Hier zeigt sich ein großes Versäumnis der Verantwortlichen in den Pflegeverbänden und Pflegedienstleitungen, die dies entweder nicht erkannt oder nicht intensiv genug thematisiert haben. Der Ruf der Krankenschwestern/Krankenpfleger, Kinderkrankenschwestern/Kinderkrankenpfleger nach Eigenständigkeit wurde erhört, aber die Antwort wurde bisher noch nicht überall verstanden.

¹ Schönig, B. u.a. 1993, S. 58.

Verändertes Rollenverständnis

Kehren wir kurz zurück zur Personalmehrung durch die PPR.

Die Pflege ist die einzige Berufsgruppe im Krankenhaus, der auch unter dem Deckel die nachgewiesene Personalmehrung zur Verfügung gestellt wird, deren Fortbildungsanspruch in der Regelung verankert ist. Hier wurde für die Pflege eine gute, wenn auch meiner Meinung nach nicht ausreichende personelle Basis geschaffen, die bei der Bewältigung der anstehenden Strukturveränderung in der internen Krankenhauslandschaft bei den Pflegenden die notwendigen zeitlichen und geistigen Ressourcen freisetzen kann.

Die im Pflegegrundwert enthaltene Fortbildungszeit von drei Minuten pro Patient und Tag (PPR) gilt es effektiv zu nutzen, um das examinierte Pflegepersonal zu informieren und zu qualifizieren, damit die Anforderungen des Gesundheitsstrukturgesetzes von der Pflege auch erfolgreich bewältigt werden können. Hier ist es von großer Bedeutung, daß die Berufsgruppe der Pflegenden eine klare Orientierung erhält, die mittels Pflegeziele vorgegeben oder gemeinsam erarbeitet werden kann. Ohne konkrete Zielsetzungen werden sämtliche Aktivitäten nicht zu einem positiven Ergebnis führen können, wird weder die Strukturqualität noch die Prozeßqualität zu verbessern sein. Nur die ständige Optimierung von Struktur- und Prozeßqualität in Richtung einer an den Ressourcen der Patientinnen/Patienten orientierten Pflege wird der Forderung nach einer wirtschaftlichen und humanen Versorgung gerecht werden können.

Dies ist eine, für die überwiegende Mehrheit der Pflegekräfte völlig neue Anforderung, die mit dem moralischen Imperativ der sechziger und siebziger Jahre "alle Kranken so zu pflegen, als ob sie unsere nächsten Angehörigen wären" nicht zu bewältigen ist. Die Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegten muß als professionelle Leistung betrachtet werden, die begründbar ist, denn erst dann wird es möglich, den pflegebedürftigen Menschen als unverwechselbares Individuum zu akzeptieren.² Hier hat Hilde Steppe deutlich formuliert, daß die Pflegeberufe vor einem grundlegenden Rollenwechsel stehen. Die von uns so heiß

² Steppe, H. 1993, S. 116.

geliebte Rolle des Opfers widriger Verhältnisse wird sich zur Rolle des aktiv Tätigen hin verändern müssen.

Der Patient/die Patientin fordert von uns die konkrete, fachlich kompetente und zielgerichtete Pflegeleistung ab, die ihm/ihr hilft, die Selbstständigkeit so bald als möglich und so vollständig als möglich wieder zu erlangen oder aber würdevoll sterben zu können. Die hier angeführte rasche Wiedererlangung der Selbstständigkeit liegt auch ganz im Sinne des Gesundheitsstrukturgesetzes, das eine kürzere Verweildauer fordert und ganz gezielt Entlohnungssysteme einführt, die nicht professionelles Arbeiten der Beschäftigten der Gesundheitsberufe bestraft. Wenn sich die Gesundheitsberufe in den Krankenhäusern nicht an diese Vorgabe halten, gefährden sie ihren eigenen Arbeitsplatz und berauben sich damit ihrer Existenzgrundlage.

Die Zeiten einer krisensicheren Existenz als Krankenschwester/Krankenpfleger, als Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger werden der Vergangenheit angehören, denn die bisher sicheren und starren Budgets gehören der Vergangenheit an und werden durch zunehmend leistungsbezogenere Einnahmen der Krankenhäuser ersetzt. Die geforderten Fallpauschalen sind hierfür das klassische Beispiel.

Ich will und kann hier nicht auf die weiteren Entgeltssysteme eingehen, denn erstens würde dies den Rahmen meines Themas sprengen und zweitens ist die kostengünstige Leistungserbringung auch hier vorgegeben.

Gleichberechtigte Partnerschaft mit den Medizinern

Wenn an die Pflegeberufe in den Krankenhäusern solch hohe Anforderungen gestellt werden, muß ihnen logischerweise auch ein Mitspracherecht bei der Leistungsplanung zugestanden werden.

Die Zeiten, in denen Chefärzte die Zukunft der Abteilung alleine entschieden haben, werden der Vergangenheit angehören. Die Pflegedienstleitungen der Abteilungen sind daran gleichberechtigt zu beteiligen, denn im Rahmen der gemeinsamen Budgetverantwortung und der Verantwortung für den Einsatz des Pflegepersonals ist der Einfluß der Pflege auf die Kosten (Personalkosten, Sachkosten) und Erträge (z.B.

Verkürzung der Verweildauer durch professionelle Pflege) sehr hoch. Wenn von ärztlicher Seite Leistungsausweitungen oder Leistungsveränderungen möglich sind, kann er diese nur dann kostengünstig erbringen, wenn dazu ausreichend und fachlich qualifiziertes Pflegepersonal zur Verfügung steht, wozu entweder Qualifizierungsmaßnahmen oder Personalgewinnungsmaßnahmen notwendig sind.

Die Pflegedienstleitung wird aber erst dann ein gleichberechtigter Partner sein können, wenn sie auch über die notwendigen rechtlichen (delegierten) sowie fachlichen und sozialen Kompetenzen verfügt. Wie der Chefarzt seine Oberärzte und Stationsärzte in die Entscheidungsfindung mit einbeziehen muß, will er die Planung realisieren, muß auch die Pflegedienstleitung die Stationsleitung in die Planung einbinden.

Die für Entscheidungen und Verlaufskontrollen notwendigen Daten sind von der Krankenhausleitung regelmäßig zu liefern. Die Krankenhausleitung ist auch gefordert, wenn es um die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Verantwortung auf den verschiedenen Ebenen der Berufsgruppen geht. Klar definierte Verantwortungsbereiche erleichtern allen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern das Miteinander, auch interdisziplinär.

Ich will keine Prognose aufstellen, von welcher Seite aus die größten Widerstände gegen diese, meiner Meinung nach notwendigen Veränderungen, kommen werden. Das kann und wird sich von Haus zu Haus sehr unterschiedlich darstellen. Sicher wird aber sein, daß Krankenhäuser, die nicht in der Lage sind intern Verantwortung zu teilen, an der eigenen Unfähigkeit scheitern werden. Dies wird auch dann zutreffen, wenn es der Pflege nicht gelingt, die Voraussetzungen zu schaffen, mit denen eine am Patienten orientierte, professionelle und damit kostengünstige Pflege möglich wird.

Die Ausgangsposition stellt sich in den einzelnen Betrieben sehr unterschiedlich dar. Sicher dürfte aber sein, daß alle den gleichen Weg durchlaufen müssen, um ans Ziel zu gelangen, egal ob sie bei Null anfangen oder schon viel Vorbereitungsarbeit geleistet haben.

Ich will hier nur einige Voraussetzungen aufführen, die die Pflege auf den Stationen erfüllen muß:

- Bereichspflege (patientenorientiert);
- sichere und kompetente Handhabung der Dokumentation;
- Umsetzung der Pflegeplanung;
- Anwendung von Pflegestandards an Pflegeproblemen orientiert;
- bedarfsorientierter Personaleinsatz (Arbeitszeitmodelle);
- Sicherung der Pflegequalität;
- Teamwork mit den anderen Gesundheitsberufen;
- Qualifizierung der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter.

Ich erhebe nicht den Anspruch der Vollständigkeit bei dieser Aufzählung, auch die Reihenfolge ist nicht wissenschaftlich abgesichert und je nach Team und Haus variabel.

Dies bedeutet für die meisten Stationen in den Krankenhäusern eine Revolutionierung der Arbeitswelt und stellt die Mehrheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor das Problem einer Neuorientierung in ihrem Berufsleben.

Die Herausforderung wird permanent sein

Die Permanenz der Veränderungen, die notwendig ist, wird bei den Pflegenden als Belastung empfunden werden und Widerstände provozieren. Bei konstruktiver Auseinandersetzung aber, zu der Hilfe angeboten werden muß, werden sie diese kontinuierlichen Veränderungen als integralen Bestandteil ihrer pflegerischen Arbeit erkennen und die Vorteile wie:

- die Entwicklung größerer Eigenständigkeit;
- die Darstellung der eigenen Leistung;
- die Nachvollziehbarkeit pflegerischen Handelns;
- die bessere Koordination und Organisation von Handlungsabläufen;
- die Optimierung der Kommunikation;

- die Weiterentwicklung der Interaktion innerhalb und außerhalb des Pflgeteams;
 - die Vermeidung von Pflegefehlern;
 - der sachgemäße und wirtschaftliche Einsatz von Personal und Pflegemitteln;
 - die Kontinuität pflegerischen Handelns;
 - die rechtliche Absicherung der eigenen Arbeit;
 - die Identifikation mit der Arbeit und dem Arbeitsplatz
- bewußt wahrnehmen können.

Diese Bewußtseinsänderung ist auch dringend notwendig, will die Pflege dem eigenen Anspruch auf eine anerkannte Profession in der Zukunft gerecht werden.

Qualitätsmanagement

Ich will und kann ihnen nicht alle Instrumente aufzählen, die in den unterschiedlichen Häusern angewandt werden, um diese notwendige Entwicklung in Gang zu setzen und als prozeßhaftes Geschehen fest zu installieren.

Wir in München haben ein in der Zwischenzeit schon sehr bekanntes Modell des internen Qualitätsmanagements entwickelt ("Qualitätssicherung"), das auf unsere Entwicklung einen entscheidenden Einfluß hatte und auch weiterhin haben wird. Den Stationen/Funktionen, den Abteilungen und somit dem gesamten Haus kann ein Instrument zur Problemerkennung (Problemanalyse) zur Verfügung gestellt werden, was wiederum zum Problemlösungsdenken führt und mittels danach ausgerichteter Fortbildung ein zielgerichtetes Vorgehen in Richtung Zielerreichung ermöglicht. Strukturqualität – Ausstattung personell wie räumlich werden vom Qualitätsmanagement nicht thematisiert, hier greifen andere Zuständigkeiten.

Prozeßqualität – in unserem Bereich also das pflegerische Handeln – sowie Ergebnisqualität – werden die gesetzten Ziele auch erreicht – sind

das Arbeitsfeld unserer freigestellten und hoch motivierten Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des interdisziplinären Qualitätsmanagements.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Pflegekräfte auf den Stationen/Funktionen zur Selbsthilfe zu befähigen und ihnen die eigenständige Beobachtung und Veränderung der Pflegequalität und der sie beeinflussenden Faktoren zu ermöglichen. Nach jetzt gut dreijähriger Arbeit wird dieses Instrument immer stärker anerkannt und genutzt.

Um Ihnen einen kleinen Einblick in das Qualitätsmanagement zu geben, habe ich das Organigramm des Qualitätsmanagement und einen Überblick über Struktur und Funktionen im Städt. Krankenhaus München Harlaching beigefügt (s. Abb. 1 und 2).

Die Frage nach der Finanzierung der Qualitätssicherung ist im Entwurf der Bundespflegesatzverordnung 1995 beantwortet. Hier ist im § 11 Abs. 4 und im § 14 Abs. 6 Satz 4 die Finanzierung gesichert.

Pflegeversicherung

Schon zu Beginn meines Vortrages habe ich die Pflegeversicherung angedeutet, verpackt in die Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes unter den Punkten:

- Veränderung der Strukturen im Krankenhaus und der Krankenhauslandschaft;
- Auswirkungen auf das Verhältnis zwischen dem Krankenhaus und dem ambulanten Bereich;
- Auswirkungen auf die Patientenversorgung.

Die Pflegeversicherung ist in der Tat notwendig geworden, weil der Gesetzgeber eine klare Zielsetzung formuliert hat, die eine kürzere Verweildauer der Patientinnen/Patienten vorsieht, die die Krankenhäuser unter einen Entlassungsdruck setzt, der eine Ausweitung der ambulanten Versorgung zwingend notwendig macht, soll nicht der viel beschworene Drehtüreneffekt initiiert werden.

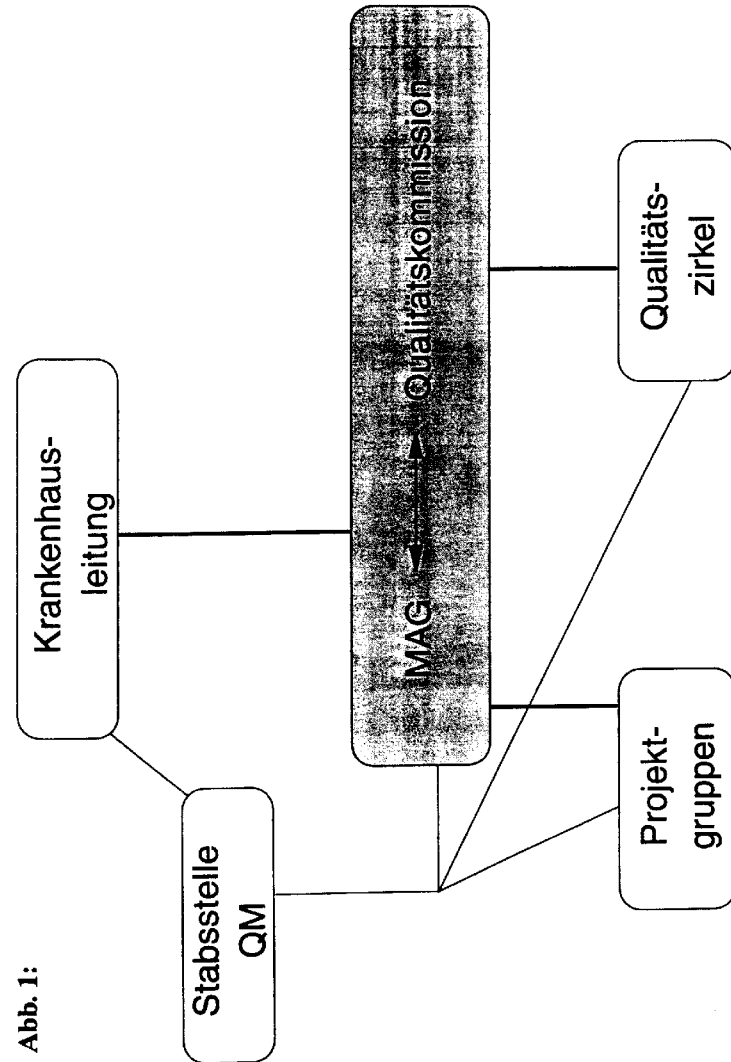


Abb. 2: **Struktur und Funktionen des Qualitätsmanagements**

Geschäftsführung	Qualitätsentwicklung	Qualitätsprojektgruppe	Qualitätszirkel	Qualitätserbringer	Indikatoren
Krankenhausleitung – Visionen – Qualitätsziele definieren – Qualitätsentwicklungsplan	– Lenkungsgruppe 2 Geschäftsleitungen Stabsstelle: Qualitätsmanagement 4 Vertreter (Leitungen!) → Arzt → Pflege → Technik → Verwaltung – Qualitätskommission alle Geschäftsleitungen + Stabsstellen	– zuständige Abteilungsleitungen – Mitarbeiter/-innen – Qualitätsberater/-in methodische Begleitung Merkmale: • interdisziplinär • abteilungsübergreifend • nach Problembearbeitung wird die Gruppe aufgelöst	– Mitarbeiter/-innen (einer Abteilung) – Moderator/-in aus der eigenen Reihe – Qualitätsberater/-in methodische Einführung Merkmale: • interdisziplinär • kontinuierlich • abteilungsbezogen • problemorientiert	jeder Mitarbeiter/-in ist für die Umsetzung der Qualität verantwortlich	Beispiele: – Patienten- zufriedenheit – Mitarbeiter- zufriedenheit
ENTSCHEIDEN	STEUERN/LENKEN	MESSEN/ANALYSIEREN	MESSEN/ANALYSIEREN	UMSETZEN	MONITORING
Stabsstelle Qualitätsmanagement bestehend aus: professionellen Mitarbeitern, aus den Bereichen Medizin Pflege Verwaltung					
K O R D I N I E R E N					



Qualitätsmanagement Städt. Krankenhaus Haraching

Daß ich mit meiner Annahme nicht falsch liege, zeigt auch die Staffelung, die im Gesetz festgelegt wurde: Zuerst Einbeziehung der ambulanten Pflege und erst im zweiten Schritt die Finanzierung der Pflege in den Heimen.

Ich will mich nicht darüber auslassen, ob die Finanzierung gerecht ist oder ob die zur Verfügung stehenden Mittel für die pflegerische Versorgung ausreichen, mein Teil beschränkt sich auf die Anforderungen, die auf die Pflege in der nachstationären Versorgung zukommen.

Bedingt durch die Vorgaben, die den Krankenhäusern gemacht wurden, wird sich das Arbeitsvolumen und die inhaltlichen Anforderungen an das Pflegepersonal der ambulanten Pflege erheblich verändern. Viele pflegerische Aktivitäten, die bisher durch den stationären Bereich abgedeckt wurden, werden nun auf den ambulanten Bereich verlagert, der sich sowohl neuen quantitativen als auch qualitativen pflegerischen Herausforderungen stellen muß. Die Patientinnen/Patienten werden mit einem in der Regel höheren und anspruchsvolleren Pflegebedarf aus den Krankenhäusern in die Sozialstationen abgegeben werden, soll die Wirtschaftlichkeit des jeweiligen Krankenhauses gesichert bleiben.

Dies bedeutet für das dort tätige Pflegepersonal eine stärkere Orientierung und Anbindung an die Pflegestandards der stationären Pflege, wobei natürlich die bisherige Zielsetzung der ambulanten Pflege sinnvoll integriert werden muß.

Dies setzt wiederum eine verbesserte schriftliche Kommunikation voraus zwischen der klinischen und ambulanten Pflege. Pflegeverlegungsberichte mit den Inhalten der Pflegeplanung sind zu entwickeln und eine gegenseitige Informationspflicht zwingend notwendig, soll die Qualität der pflegerischen Versorgung der gesetzlichen und humanen Forderung gerecht werden. Dies macht ein übergreifendes Qualitätsmanagement notwendig, wofür die Kooperationsstrukturen erst gebildet werden müssen.

Der große arztfreie Raum der Sozialstationen und Heimen fordert von den examinierten Pflegekräften außerhalb der Kliniken ein neues Pflegekonzept, soll die Forderung nach einer rehabilitativen, aktivierenden Versorgung der Mitbürgerinnen/Mitbürger erfolgreich erfüllt werden. Qualitätsmanagement ist hier noch mehr gefragt als im stationären Be-

reich. Entscheidungskompetenz über Leistungsveränderungen in der pflegerischen Versorgung wird absolut notwendig, soll die Pflege den an sie gestellten Auftrag auch erfüllen können.

Hier ist der Gesetzgeber aber die notwendigen Voraussetzungen schuldig geblieben, die er im Gesundheitsstrukturgesetz noch erkannt und sichergestellt hat. Noch immer ist der Arzt allein berechtigt Pflege zu verordnen, obwohl er dafür keinerlei Ausbildung und Erfahrung hat.

Eine gleichberechtigte Partnerschaft in der ambulanten Versorgung zwischen Pflege und Medizin ist notwendig, um Zuständigkeiten nicht zu vermischen und eine interdisziplinäre Qualitätssicherung sicherzustellen.

Professionalisierung

Zum Abschluß möchte ich mich ausschließlich mit dem Thema "Professionalisierung" beschäftigen, das mich eigentlich schon durch das ganze Thema vorher geführt hat, wie die Profis unter ihnen sicherlich schon bemerkt haben.

Ich möchte zur Einstimmung Edith Kellnhauser zitieren:

"Eine Profession ist eine komplexe, organisierte Beschäftigung, deren Mitglieder ein langes Ausbildungsprogramm durchlaufen haben, das auf den Erwerb exklusiven Wissens abzielt, wodurch sie das Monopol für eine Leistung übernehmen, die von der Gesellschaft benötigt oder gewünscht wird. Das Monopol verleiht den Praktikern der Profession Autonomie, öffentliche Anerkennung, Prestige, Macht und Autorität."³

Die Pflege ist, wenn man diese Definition zugrunde legt, einer der Berufe, die sich um Professionalität bemühen, aber bislang nur unvollständig professionalisiert sind. Die Gründe dafür liegen darin, daß es der Pflege bisher nicht gelungen ist, die drei Hauptmerkmale einer Profession ausreichend zu entwickeln.

³ Kellnhauser, E. 1990.

1. Die zentrale Beziehung zu Wertuniversalien.
2. Das Vorhandensein einer speziellen Expertise.
3. Die Autonomie der Kontrolle über die berufliche Tätigkeit.⁴

Eine wesentliche Ursache liegt darin, daß die berufliche Pflege als medizinischer Heilhilfsberuf – also weisungsabhängig, unwissenschaftlich und nicht abgrenzbar – eingeordnet wurde.

Ein weiterer Punkt ist die gesellschaftliche Zuordnung zur typischen Frauenarbeit, die damit grenzenlos und eigentlich von den weiblichen Eigenschaften geprägt ist (Liebe, Hilfsbereitschaft, Verständnis, Geduld und fast grenzenloser Leidensfähigkeit).

Die Übernahme von Tätigkeiten, die auch von "Laien" ausgeführt werden könnten (z.B. eigenständiger Umgang mit Diät- und Insulingaben der Diabetiker bis hin zur teilweisen Übernahme der Pflege Schwerstkranker) müssen auf ihre Zuordnung zu den Pflegeberufen hinterfragt werden. Ein Teil der pflegerischen Tätigkeiten kann dem allgemein verfügbaren Wissen zugeteilt werden und fordert den Profi nur in der Phase des Trainings (Vorbereitung) und bei der Visite.

Die Pflege muß sich inhaltlich neu definieren, wobei die Entscheidung ob und in welchem Ausmaß pflegebedürftige Menschen oder deren Angehörige selbst die Pflege übernehmen können und in welchem Umfang eine professionelle Aufgabe gegeben ist, ein hohes Maß an Fachkompetenz erfordert, wenn sie aus der Analyse und Diagnose einer komplexen Pflegesituation heraus getroffen wird.

Hier hat der Gesetzgeber die Tür zur Professionalisierung der Pflegeberufe nicht aufgemacht und ihnen in der Pflegeversicherung das Recht auf eigenständige Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Anordnung von Pflegemaßnahmen verweigert. In der Pflegepersonalregelung hat er, bildlich gesprochen, zumindest schon den Schlüssel ins Loch gesteckt und den Pflegeberufen in der stationären Pflege einen eigenverantwortlichen Bereich zugestanden.

⁴ Freidson, E. 1986.

Die Professionalisierung der Pflegeberufe kann aber nicht allein durch das professionellere Arbeiten vor Ort, durch die Abgrenzbarkeit der Tätigkeiten und durch die angesprochene Eigenständigkeit realisiert werden. Um die Pflegeberufe zu einer anerkannten Profession zu machen, ist auch eine Reform der Ausbildung notwendig, die aus berufspädagogischer Sicht weiterhin in einem Erkenntnis- und Handlungsrahmen vollzieht, wie er für eine Gewerbeausbildung im 19. Jahrhundert kennzeichnend war. Zu den Rahmenbedingungen für eine Realisierung dieser Reform gehört daher in erster Linie, daß die mißliche Stellung des pflegerischen Bildungssystems zwischen den Stühlen schulischer und dual-betrieblicher Ausbildung beseitigt wird.⁵

Auch die Qualifizierung der unterrichtenden und leitenden Personen in der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege ist auf das Niveau anzuheben, das für andere Berufsgruppen schon lange gegeben ist. Somit sind Studiengänge für diese Bereiche einzurichten, damit die bisherige Sonderrolle der Pflegeberufe endlich aufgehoben wird.

Die politische Ebene hat bisher nur kleine Zugeständnisse gemacht, um der Pflege die Anerkennung als Profession zu ermöglichen. Hier ist großer Handlungsbedarf, der von den Berufsangehörigen allerdings auch aktiv eingefordert werden muß. Die Pflege selbst hat sich in einzelnen Bundesländern die ersten Hochschulen erkämpft und auch durch Eigenaktivitäten Pflegeforschung auf den Weg gebracht. Der große Durchbruch steht aber noch aus, was auch an der Berufsgruppe selbst liegt, die mehr durch ihr Jammern Aufmerksamkeit erregt (Mitleid erzeugt) als durch eine gemeinsam vertretene Entwicklung in die Zukunft.

Die Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege muß sich durch eigene Anstrengungen in Form von Änderung der Arbeitsinhalte, der Arbeitsstrukturen, der Leistungserbringung und dem Nachweis einer qualitativ hochwertigen und operationalisierbaren Tätigkeit die Basis schaffen, auf der die weitergehenden Forderungen als sinnvolle und notwendige Ergänzung von den gesetzgebenden Organen umgesetzt werden muß. Der erste Schritt zur Professionalisierung liegt in der permanenten Innova-

tion vor Ort in den Krankenhäusern, Altenheimen und Sozialstationen. Hier sind alle Berufsangehörigen gefordert, aber insbesondere die Führungsebenen, von der Stationsleitung bis zur pflegerischen Leitung der jeweiligen Einrichtung.

Literatur:

Freidson, E.: Professional Powers, Chicago/London 1986.

Kellnhauser, E.: Die Schwester der Pfleger, Heft 8/1990.

Schöning, B., Luithlen, E., Scheinert, H.: Pflegepersonalregelung, Stuttgart 1993.

Steppe, H.: Referat "Perspektiven der professionellen Pflege – Krankenpflege im Dienst der Gesundheit –", in: Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e.V., Schriftenreihe, Kongreßbericht 92, Frankfurt a.M. 1993.

Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.): Pflege braucht Eliten, in: Denkschrift der Kommission der Robert-Bosch-Stiftung zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege, Stuttgart 1992.

⁵ Robert-Bosch-Stiftung 1992, S. 149.

Brigitte Bach

Statement zum Thema: Perspektiven für die Aus- und Weiterbildung in Pflegeberufen

Kaum ein Mensch geht gerne als Patient oder als Patientin ins Krankenhaus. Und doch, im Jahre 1989 wurden in den Krankenhäusern in der Bundesrepublik Deutschland (Ost und West) ca. 14 Millionen Patienten behandelt. Für die Betreuung, Pflege und Behandlung von kranken Menschen standen 2.447 Krankenhäuser mit ca. 690.000 Betten bereit. Jeder 32. Erwerbstätige hatte in West-Deutschland seinen Arbeitsplatz im Krankenhaus. Davon stellten die Pflegenden mit 346.000 und die Ärzte und Ärztinnen mit 97.000 die beiden größten Berufsgruppen dar.

Der Arbeitsplatz Krankenhaus ist von strukturellen Veränderungen betroffen; in Ost wie in West. Allein der sich in der Diskussion befindliche Abbau von bis zu 250.000 Krankenhausbetten zeigt, daß sich die Krankenhauslandschaft verändern wird.

Zum 1.1.1993 ist das sogenannte **Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)** in Kraft getreten. Krankenhäuser werden sich aufgrund der gesetzlichen Vorgaben mehr an wirtschaftlichen Rahmenbedingungen als an medizinischen Notwendigkeiten orientieren müssen. Dies birgt die Gefahr in sich, daß das Versorgungsangebot für Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern stark reduziert bzw. eingestellt wird, weil die Behandlung dieser Krankheitsbilder sich nicht wirtschaftlich im Sinne der neuen Entgeltformen gestalten.

Die neuen Regelungen durch das **GSG** sind der gravierendste Einschnitt in das Krankenhausrecht seit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 1972. Die Kostenbegrenzung der Krankenhausausgaben wird von den Krankenhausträgern in zunehmendem Maße mit Schließung von Abteilungen und Stationen, der Fremdvergabe von Krankenhausleistungen bis hin zu Rechtsformwechsel oder Schließung von Krankenhäusern beantwortet. Ab 1996 werden die sogenannten freien Marktkräfte zu extremen Verschiebungen im Leistungsbereich führen, mit enormen Auswirkungen auf die Beschäftigungssituation.

Die Krankenhäuser werden durch Flexibilisierung ihrer Personaleinsatzinstrumente auf diese neue Situation reagieren müssen. Die dem stationären Pflegedienst zugrunde liegende Pflegepersonalregelung trägt bisher dem Personalabbau Rechnung. Die von der Gewerkschaft ÖTV und den Verbänden geforderte bessere und leistungsgerechtere Bewertung der Pflege wurde bisher ungenügend Rechnung getragen. In den wenigsten Krankenhäusern wurde ein Stellenzuwachs verzeichnet. Änderungen in der Ablauforganisation und der Arbeitsorganisation konnten vielfach nicht durchgeführt werden. Zudem wird mit der Einführung von Fallpauschalen spätestens ab 1996 die Personalregelung als Instrument zur Budgetierung seine Geltung verlieren. Die Personalbemessung der anderen im Krankenhaus beschäftigten Berufsgruppen wie der Ärzte und Ärztinnen, der medizinisch-technischen Assistenzberufe, bis hin zu den hauswirtschaftlichen Berufen stützen sich auf alte und unzureichende Anhaltzahlen, die auf Empfehlungen zwischen Krankenkassen und Deutscher Krankenhausgesellschaft zustande gekommen sind. Der ambulante und teilstationäre Sektor wird durch das GSG an Bedeutung gewinnen, da die Krankenhäuser spätestens ab 1996 über Verweildauerkürzungen viele Patienten früher entlassen werden.

Kaum eine Berufsgruppe ist bisher auf die neue Situation eingestellt. Hier gilt es als Gewerkschaft ÖTV mitzugestalten. Wir fordern

1. Weiterentwicklung eines zeitgemäßen Instrumentariums zur bedarfsgerechten Personalbemessung,
2. Kurzfristig wirkende Stellenplanverbesserungen,

z.B.: Umwandlung von Überstundenleistungen in Planstellen
Anerkennung aller tatsächlichen Ausfallzeiten
Keine Anrechnung Auszubildender auf die Stellenpläne
Berücksichtigung der Arbeitsverdichtung und -intensivierung
infolge verkürzter Verweildauer

3. Verbesserung der inneren Strukturen

z.B.: Veränderungen der Arbeitsablaufstrukturen
Veränderungen der Arbeitsorganisation

4. Familienfreundliche Rahmen- und Arbeitsbedingungen

z.B.: Einführung der 5-Tage-Woche
Einführung "neuer" Arbeitszeitmodelle

5. Abbau körperlicher Belastungen

z.B.: Einhaltung von Schutzbestimmungen,
Unfallverhütungsvorschriften

6. Eine Reform der Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Die Reform der Aus-, Fort- und Weiterbildung ist für alle Berufe im Gesundheitswesen angesagt.

Insbesondere für die Pflegenden bedarf es einer Neuordnung. Die Grundausbildung der pflegerischen Berufe muß dringend vereinheitlicht werden. Aufstiegschancen jedes einzelnen verbessert und die Qualität der Pflege wissenschaftlichen Erkenntnissen angepaßt werden.

Im einzelnen:

- Die Ausbildungsgänge in der Altenpflege, Entbindungspflege, Kinderkrankenpflege und Krankenpflege werden vereinheitlicht und bundesgesetzlich geregelt.
- Die Ausbildung erfolgt in einer gemeinsamen zweijährigen Grundausbildung in "Pflege", mit sich anschließender einjähriger Schwerpunktsetzung in den genannten Fachgebieten.
- Sie kann in gemeinsamen oder getrennten Fachklassen erfolgen. Nach Abschluß der dreijährigen Ausbildung einer Fachrichtung kann der Qualifikationsnachweis einer anderen Fachrichtung durch eine einjährige Zusatzausbildung erworben werden.
- Perspektivisch ist ein Ausbildungsberuf zur **"Pflegfachkraft"** zu schaffen, der zur pflegerischen Versorgung in allen genannten Fachrichtungen und für den **ambulanten** als auch im **stationären** Bereich qualifiziert.
- Die Spezialisierung für bestimmte Fachgebiete wie z.B. Kinderkrankenpflege bleibt dann - wie in anderen europäischen Ländern auch - der Weiterbildung vorbehalten.

- **Prävention von Krankheit und Gesundheitsförderung** rückt stärker als bisher in den Mittelpunkt der Ausbildung. Entsprechend den Vorstellungen der Weltgesundheitsorganisation orientiert sie auf die Erfordernisse einer primären Gesundheitsversorgung. Die Fähigkeit zur multidisziplinären Teamarbeit und zur bereichsübergreifenden Zusammenarbeit wird bereits in der Ausbildung gefördert und an den Bedürfnissen der Bevölkerung orientiert.
- Die **Durchlässigkeit** des Berufsbildungssystems von der abgeschlossenen Berufsausbildung bis zum Hochschulabschluß, Promotion und Habilitation und den entsprechenden Tätigkeiten in Forschung und Lehre ist auch für die Pflegeberufe zu verwirklichen.
- Zur Realisierung dieses Ziels sind verschiedene Wege möglich und sinnvoll. Pflegebezogene Studiengänge sind einzurichten und verschiedene Zugangsvarianten für berufserfahrene Pflegekräfte zu schaffen.

Marita Bauer

Statement zum Thema: Perspektiven für die Aus- und Weiterbildung in Pflegeberufen

Kurz vor Ausklingen des 20. Jahrhunderts stehen die Pflegeberufe vor einer enormen beruflichen Herausforderung: Die Bewältigung des qualitativ und quantitativ steigenden Pflegebedarfes.

Immer mehr pflegebedürftige Menschen fordern von Pflegenden in der Alten-, Kinder- und Krankenpflege qualifiziertere Dienstleistungen. Dieser Trend wird zukünftig weiter steigen.

Die ständige Arbeitsintensivierung in den Pflegebereichen durch die verkürzten Verweildauern, die erhöhten Fallzahlen und die verbesserte und vermehrte medizinische Leistung in Diagnostik und Therapie, das ständig ansteigende Durchschnittsalter der Patienten und, dadurch bedingt, die Zunahme von Mehrfacherkrankungen und die steigende Pflegebedürftigkeit, sowie die zunehmende Besetzung von qualifizierten Arbeitsplätzen im Kranken- und Altenpflegebereich mit Hilfskräften und ehrenamtlichen Helfern hat die effektive Pflegezeit gemindert und die Qualität der Pflege zunehmend belastet.

Ich denke, ich brauche hier und heute nicht aufzuzeigen, welche Folgen aus diesen Entwicklungen entstanden und noch zu erwarten sind.

Pflegenden wird erschwert, das, was sie an Inhalten und Ansprüchen vermittelt bekommen, in die Praxis umzusetzen, weil hier ein stark medizinbestimmtes, von berufsfremden Tätigkeiten begleitetes Arbeiten und eine ausgeprägte funktionale Arbeitsorganisation vorherrscht.

Gleichzeitig hat die Gesellschaft unsere Dienstleistungen noch nie so notwendig gebraucht wie heute. Pflegende sind näher als andere Berufe beim Hilfebedürftigen und Schwachen und sprechen deren Sprache. Kein Gesundheitsberuf erbringt so umfassende und dabei kostengünstige Dienstleistungen.

Die langsame Auflösung der scharfen Trennung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor im Gesundheitswesen macht deutlich,

daß auch das Bildungssystem der Pflegefachberufe auf das sich wandelnde System abgestimmt werden muß.

Krankenschwestern/-pfleger, Kinderkrankenschwestern/-pfleger, Krankenpflegehelfer/innen, Altenpfleger/innen und die entsprechenden Auszubildenden und Studenten/innen sind tätig

- in Krankenhäusern
- Ausbildungsstätten
- Sozialstationen
- Krankenwohnungen
- Altenheimen
- Krankenheimen
- Werksambulanzen und
- sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens

und hoffentlich bald auch verstärkt in den medizinischen Diensten der Krankenkassen.

Monika Krohwinkel und ihre Mitarbeiterinnen haben in ihrem Forschungsprojekt festgestellt, daß der pflegerische Beitrag zur Gesundheitsentwicklung

1. in der ganzheitlichen und kontinuierlichen Integration rehabilitierender Einzelmethoden in die verschiedenen Pflegemaßnahmen der Aktivitäten und existenzielle Erfahrung des Lebens (AEDL-Bereiche),
2. in der prioritätsorientierten ganzheitlichen Unterstützung von PatientInnen zur Entwicklung von Unabhängigkeit und Wohlbefinden in den für sie wesentlichen AEDL-Bereichen,
3. in der Anleitung und Beratung von primären persönlichen Bezugspersonen sowie in der Übermittlung pflegerischer Informationen an alle Personen und Gruppen, welche die Pflege von PatientInnen mit gewährleisten, besteht.¹

¹ Krohwinkel, M. 1993.

Der Pflegebedarf ist aber niemals statisch, sondern verändert sich ständig mit gesellschaftlichen, medizinischen, pflegerischen oder technischen Entwicklungen. Diese erfordern naturgemäß regelmäßige Anpassungen der Bildungsangebote.

Von daher wird es in Zukunft von entscheidender Bedeutung sein, daß die Pflegeberufe ihre Bildungsfragen mit Flexibilität und beruflichem Weitblick selbst bestimmen.

Beruflich Pflegende haben erkannt, daß zur Weiterentwicklung der Pflegepraxis die selbst-bestimmte Aus-, Fort- und Weiterbildung unabdingbar ist.

Weder der Staat noch Vertreter anderer Berufe können wissen, welches Rüstzeug in Sachen Bildung gebraucht wird, um die pflegerischen Leistungen zu erbringen, die auf den tatsächlichen Pflegebedarf der Klienten zugeschnitten sind.

Schon heute arbeiten Altenpflegerinnen, Krankenschwestern und Kinderkrankenschwestern gemeinsam im stationären und ambulanten Bereich, allerdings mit oftmals unterschiedlichen Basisqualifikationen.

Dies schafft sowohl bei Klienten Unsicherheiten als auch Verstimmungen bei den Trägern.

Letztendlich werden Altenpflegerinnen oftmals bei der Besetzung von Leitungsfunktionen benachteiligt.

Für alle Pflegende, ob aus der Alten-, Kinder- oder Krankenpflege, muß es horizontale Quereinstiege und vertikale Aufstiege geben.

Schon Agnes Karll bemängelte immer wieder, daß anstelle einer Orientierung an den fortschreitenden Erkenntnissen der Wissenschaft, in der Praxis eine von Generation zu Generation überlieferte Krankenpflege stattfindet.

Sie stimmte unter anderem mit Florence Nightingale überein, daß, wer Kranke pflegen will, zuvor informiert sein muß über Gesundheit, gesunde Lebensführung, Gesunderhaltung, krankmachende Faktoren und Hygiene. Neben der reinen somatischen Pflege müssen auch die geistig-seelischen Bedürfnisse des Kranken berücksichtigt werden.

Agnes Karll machte bereits deutlich, was Krankenpflege nicht ist und nicht durch Fortbildung erreicht werden sollte:

- Halbwissen
- Ausbildung zu halben Ärzten
- Krankenpflegerin in der Funktion als Handlangerin oder Assistentin der Ärzte.

Der Pflegenotstand hat vielen Verantwortlichen gezeigt, daß Maßnahmen bezüglich Aus-, Fort- und Weiterbildung endlich greifen müssen. Umfassende Qualifizierungsmaßnahmen sind aber noch nicht realisiert worden, da diese Maßnahmen Geld kosten und dieses Geld von entscheidenden Stellen nicht bereit gestellt wird. Es hat leider eher den Nebeneffekt gehabt, daß zunehmend maßgeschneiderte, den Bedürfnissen der Träger entsprechende Aus-, Fort und Weiterbildungen durchgeführt wurden und somit eine bundeseinheitlich abgestimmte Aus- und Weiterbildung aus pflegerischer Sicht zusätzlich erschwert wird.

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) hat sich deshalb 1989 bewogen gefühlt, einem Wildwuchs in der Aus-, Fort- und Weiterbildung mit der Erstellung eines Rahmenkonzeptes zu begegnen, das unter folgenden Prämissen erstellt worden ist:

- Fort- und Weiterbildung müssen ein hohes pflegeorientiertes Niveau haben, das möglichst bundeseinheitlich geregelt ist.
- Bisherige Bildungsmaßnahmen müssen hierbei berücksichtigt werden.
- Die Bildungsmaßnahmen müssen in einem realistischen, zeitlich überschaubaren Rahmen durchgeführt werden können und auch von den Pflegenden, die diesen Weg wählen möchten, finanziert werden können.

Nun, 1993 hat der DBfK das Bildungskonzept von 1989 fortgeschrieben.

Neu in diesem Bildungskonzept ist die Forderung nach einer vierjährigen integrierten Ausbildung für Pflegende in der Alten-, Kinder und Krankenpflege. Darüber hinaus wird gefordert, daß mit der Beendigung der Pflegeausbildung an Berufsfachschulen die Verleihung der Hoch-

schulreife verbunden sein muß. Neben dieser Möglichkeit soll es auch ein grundständiges Pflegestudium an Fachhochschulen geben.

Denkprozesse, Kreativität, eigenständiges Entwickeln sind die besonderen Stärken des Menschen. Um diese Stärken der Pflegenden nutzen zu können, sind die Ausbildungsbedingungen so zu gestalten, daß diese Fähigkeiten sich auch entfalten können. Eine weitere wichtige Aufgabe der Zukunft wird sein, die eigenständige Kontrolle der pflegerischen Bildung zu übernehmen.

Während z.B. per Gesetz die Krankenpflegesschulen in der Hand der Pflegenden sind, ist es nun an der Zeit dafür zu sorgen, daß die bisherigen Medizinalbeamten, die die Krankenpflegeprüfungen abnehmen, durch akademisch ausgebildete Pflegekräfte ersetzt werden.

Das Angebot der Weiterbildungen ist bundesweit sehr unterschiedlich, d.h. wir haben sowohl Regelungen von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), die 720 Stunden Unterricht, aufgeteilt in 240 Stunden theoretischen Unterricht und 480 Stunden praktischen Unterricht plus Praxiseinsätze, umfassen. Gleichzeitig gibt es eine neue Fassung der Rahmenordnung der Länder, die 800 Stunden Unterricht vorschreibt.

Zusätzlich gibt es eine Fülle von landesrechtlichen Regelungen, die diese Mindestnormen noch überschreiten. Gleichzeitig ist aber auch festzustellen, daß schon die Mindestnormen in der tatsächlichen Umsetzung unterlaufen werden.

Hier ist ein dringender Regelungsbedarf, der zukünftig vom Deutschen Bildungsrat für Pflegeberufe aufgegriffen wird.

Nach den Vorstellungen des DBfK umfaßt die Dauer der Weiterbildung maximal zwei Jahre. Die Bezeichnung der Weiterbildung heißt Krankenschwester, Krankenpfleger, Altenpflegerinnen, Altenpfleger, Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger mit Weiterbildung ... (Fachbereich). Voraussetzung für die Weiterbildung ist eine Pflegeausbildung: entweder Krankenpflege, Kinderkrankenpflege oder Altenpflege, sofern eine gleichwertige Grundausbildung zugrunde gelegt werden kann.

Zukünftig sollten keine Splitterweiterbildungen mehr entstehen, sondern breit gefächerte Weiterbildungen, z.B. Weiterbildung im Funktions-

dienst, Weiterbildung in der allgemeinen Pflege, Weiterbildung in der sozialpsychiatrischen Pflege und Weiterbildung in der ambulanten Pflege.

Nach dem Erreichen einer Ausbildungsreform ist dann auch sicherlich der Umfang der Weiterbildungen zu überdenken.

Fest steht, eine intensive Qualifizierung aller Pflegenden nach den neuesten Erkenntnissen der Pflegeforschung wird immer dringender. D.h. eine kompetente professionelle Pflegepraxis braucht zunehmend systematisiertes und fundiertes Wissen, um den komplexen Bedürfnissen des Menschen nach Pflegeleistungen in der gegebenen Situation entsprechend gerecht werden zu können.

Solche Grundlagen werden für andere Berufe in unserem Gesellschaftssystem vorrangig an den Universitäten und Fachhochschulen entwickelt.

Dieser wesentliche Schritt auf dem Weg zur Erreichung eines hohen Professionalisierungsgrades unserer Berufsgruppe wurde nach langen zähen Bemühungen jetzt vereinzelt getan. Unsere Forderungen wie:

- Die Ausbildung für Pflegedienstleitungen und Unterrichtende der Pflegeberufe muß im tertiären Bildungsbereich angesiedelt werden.
- Für die bisherigen Weiterbildungs- und Prüfungsverordnungen müssen Verbindungen zu den zukünftigen Studiengängen geschaffen werden.
- Studiengänge für Pflegedienstleitungen und Unterrichtende müssen vordringlich an Universitäten eingerichtet werden.
- Studiengänge an Fachhochschulen müssen an der Universität fortgesetzt werden können.
- Bereits bestehende Studiengänge an Universitäten sind zu erhalten und auszubauen.
- Studiengänge für Pflegenden müssen die Möglichkeit zur Promotion und Habilitation bieten.
- Alle Studiengänge müssen die Vernetzung mit der Pflegepraxis sichern.

- Als Zugangsvoraussetzung für diese Ausbildungen im tertiären Bildungsbereich ist z.Zt. eine abgeschlossene Ausbildung in der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege oder Altenpflege unerlässlich.
- Hierfür ist es notwendig, daß die beruflichen Abschlüsse der Ausbildungsgänge in Zukunft den Zugang zum tertiären Bildungsbereich ermöglichen

sind aber bei weitem noch nicht umfassend erfüllt.

Die Diskussion des Bildungskonzeptes in den letzten vier Jahren macht mir große Hoffnung, daß wir in Zukunft nicht so lange (keine achtzig Jahre) auf wesentliche Veränderungen in unserem Beruf mehr warten müssen.

Um unsere Vorstellungen zu einer ganzheitlichen, ökonomisch und ökologisch sinnvollen Gesundheitsversorgung in der Theorie und Praxis umzusetzen, brauchen wir nicht nur einen radikalen Wandel in der Medizin, sondern auch Visionen für die zukünftige gesundheitliche Versorgung.

Alle Beteiligten sind gefordert, Perspektiven für die Zukunft aufzuzeigen, aber auch gemeinsam dafür zu sorgen, daß Pflegenden die Möglichkeit erhalten, ihr Wissen kompetent einzusetzen.

Literatur:

Krohwinkel, M.: Der Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexikranken. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 16, Baden-Baden 1993.

Angelika Drewelow

Statement zum Thema: Perspektiven für die Aus- und Weiterbildung in Pflegeberufen

Ich möchte Ihnen zunächst die Medizinische Schule am Carl-Thiem-Klinikum Cottbus und die Ausbildungsbedingungen im Land Brandenburg kurz vorstellen.

An der Medizinischen Schule am Carl-Thiem-Klinikum Cottbus werden Krankenschwestern/Krankenpfleger, Kinderkrankenschwestern/Kinderkrankenpfleger, Krankenpflegehelferinnen/Krankenpflegehelfer, medizinisch-technischen Laborassistenten, medizinisch-technischen Radiologieassistenten und Physiotherapeuten ausgebildet.

1993 besuchten 453 SchülerInnen unsere Schule. Damit sind wir die größte der insgesamt 23 Ausbildungsstätten für Gesundheitsberufe im Land Brandenburg. Die Cottbuser Schule ist eine der **acht** ehemaligen Medizinischen Fachschulen im Land Brandenburg. 1992 ging sie, wie nahezu alle ehemaligen Medizinischen Fachschulen des Landes Brandenburg, in Trägerschaft der **Kommune** über. Sie blieb eine **überregionale** Ausbildungsstätte. Das **vorhandene breite Ausbildungsprofil** konnte aufrechterhalten werden.

Die Finanzierung der Ausbildungsstätten im Land Brandenburg ist integriert in den **Pflegesatz** der Krankenhäuser.

In Brandenburg wurden 1993

- in der Krankenpflege 1.797
- in der Kinderkrankenpflege 108 und
- in der Krankenpflegehilfe 56 SchülerInnen ausgebildet,

davon entfielen 16,3% auf die Cottbuser Schule.

An den Ausbildungsstätten im Land Brandenburg unterrichten 121 hauptamtliche Lehrkräfte – das entspricht einer Relation von einer Lehrkraft für 16,2 SchülerInnen.

55% aller Lehrkräfte verfügen über eine **universitäre Ausbildung** – vorwiegend als Diplommedizinpädagoge.

Sie sind den Lehrkräften der beruflichen Bildung **tariflich** gleichgestellt.

35% haben den pädagogischen Fachschulabschluß "**Medizinpädagoge**" bzw. den Weiterbildungsabschluß "**Unterrichtsschwester/Unterrichtspfleger**".

Lediglich 10% der Lehrkräfte haben ihre pädagogische Qualifikation noch nicht abgeschlossen bzw. noch nicht aufgenommen.

Die aktuelle Situation in der Pflege am Carl-Thiem-Klinikum Cottbus, die für das Land Brandenburg typisch ist, belegt einen ausreichenden qualitativen und quantitativen Personalbestand und eine außergewöhnlich geringe Fluktuationsrate, das heißt, es gibt momentan keinen Pflege- notstand und keinen Mangel an Bewerbern für Pflegeberufe.

Ausgehend von den in der Fachkonferenz dargelegten Anforderungen an die professionelle Pflege stellen sich für uns folgende Überlegungen zur künftigen Gestaltung der Aus- und Weiterbildung:

1. Es ist an der Zeit,

das **Berufsbild** der Pflegeberufe neu zu bestimmen.

Die verselbständigten Ausbildungen in der Krankenpflege, Kinder- krankenpflege und Altenpflege sollten schrittweise durch eine **gemeinsame Grundausbildung** mit anschließender **Spezialisierung** abgelöst werden.

Modelle, die auch die Familien- und die Heilerziehungspflege ein- beziehen, sollten erprobt werden.

Der Zugang zur Ausbildung sollte mit dem **Erreichen der schuli- schen Voraussetzungen** und nicht erst mit Vollendung des 17. Le- bensjahres ermöglicht werden.

Inhaltlich sollte die Ausbildung so gestaltet werden, daß mit dem be- ruflichen Abschluß zugleich die Fachhochschulreife erworben wird.

2. Sollte unabhängig von der vorgenannten langfristigen Zielstellung die Ausbildung kurzfristig den **veränderten beruflichen Anforder- ungen** angepaßt werden.

Das betrifft sowohl **Ausbildungsinhalte** als auch **Praxiseinsätze**.

Daneben gilt es, die **Anrechnung** von SchülerInnen auf die **Stel- lenpläne** der Krankenhäuser zu beseitigen.

Hier ist die Gleichstellung mit der beruflichen Bildung herzustellen.

3. **Qualität der Ausbildung** und **Durchsetzung von Innovationen** hängen maßgeblich von der **beruflich-fachlichen** und **pädagogi- schen** Kompetenz der Lehrkräfte ab.

Lehrkräfte für Pflegeberufe sind deshalb grundsätzlich – wie Lehr- kräfte an berufsbildenden Schulen – an **Universitäten** auszubilden.

Für den hieraus erwachsenden Bedarf wären entsprechende Stu- diengänge bundesweit einzurichten.

Um diesen Bedarf **kurzfristig** abzudecken, sollten neben dem Voll- zeitstudium vorrangig die Möglichkeiten **berufsbegleitender Stu- diengänge** und der **Anrechnung** vorhandener Ausbildungen wie das Fachschulstudium zum Medizinpädagogen oder die Weiterbildung zur Unterrichtsschwester/zum Unterrichtspfleger geprüft werden.

4. Bedeutsam für die Ausbildungseffektivität und –qualität bei Be- rücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsaspektes ist in jedem Falle eine **Mindestgröße** der Ausbildungsstätten.

Sollte diese eigenständig nicht erreicht werden können, gilt es, diese Zielstellung z.B. über Ausbildungsverbunde zu erreichen.

5. Ähnliche Überlegungen, wie für den Ausbildungsprozeß dargestellt, sollten auch für die Weiterbildung vorgenommen werden.

Hier gilt es primär, die Weiterbildung **durchlässiger** und **effizienter** zu gestalten, wobei sich Weiterbildungen im **Baukastensystem** an- bieten, die letztendlich die differenzierten Einsatzmöglichkeiten im Berufsleben untersetzen.

Aus- und Weiterbildung sind **nicht** selbstzweckbestimmt, sondern **un- bedingtes Erfordernis**, um anstehenden Prozessen sach- und qua- litätsgerecht zu entsprechen.

Dieser Vorgang stellt ein dynamisches Gleichgewicht dar und ist somit in all seinen Phasen ständig neu zu bestimmen und auszugestalten. Dem haben wir uns zu stellen.

Peter Ludwig Eisenberg

Statement zum Thema: Perspektiven für die Aus- und Weiterbildung in Pflegeberufen

1. Ausgangslage in Thüringen für die Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Auswirkungen der Neuorientierung der Altenhilfe auf die Berufe in der Altenpflege

Die Gewährleistung einer zeitgemäßen Altenhilfe und Altenpflege ist ohne Professionalisierung nicht mehr denkbar.

Von daher war es eine bedeutungsvolle Entscheidung des Thüringer Landtags, im vergangenen Jahr auf Initiative der CDU/F.D.P.-Fraktion sowie der SPD-Fraktion das **Thüringer Gesetz über die Berufe in der Altenpflege – Thüringer Altenpflegegesetz** – zu verabschieden, nach dem bis zu diesem Zeitpunkt mit einer kurzfristigen bundesrechtlichen Regelung nicht zu rechnen war.

Zu Zeiten der DDR gab es diesen Berufszweig "**Altenpflege**" nicht. Vielmehr wurden diese Aufgaben durch Krankenschwestern und im Rahmen der Dispensairebetreuung im poliklinischen Bereich durch Sozial- und Gesundheitsfürsorgerinnen wahrgenommen. Der erhebliche Strukturwandel im Gesundheitsbereich und Abbau der poliklinischen Arbeit hat dazu geführt, daß nach der Wende in Altenpflegeheime nunmehr überwiegend Krankenschwestern arbeiten.

Da in den alten Bundesländern im letzten Jahrzehnt im Berufsfeld der Altenpflege/Altenhilfe ein Strukturwandel stattgefunden hat, der zu einem neuen Berufsbild **Altenpflege** führte, war es das Ziel der Arbeitsverwaltung und der Bundesregierung, nach der Wende eine breit angelegte Umschulungskampagne zur Altenpflege für Arbeitslose aufzulegen, ohne den tatsächlichen Bedarf solcher Fachkräfte in diesem Arbeitsfeld zu hinterfragen.

Dies führte in Thüringen zu dem Ergebnis, daß bis Ende des letzten Jahres 54 Bildungseinrichtungen einschließlich der staatlich Medizi-

nischen Fachschulen, überwiegend im Rahmen von Umschulungsmaßnahmen, fast 1.800 Menschen diese berufliche Umorientierung anbieten konnten. Da es in den alten Bundesländern jedoch nicht gelungen war, für diesen Berufszweig eine bundeseinheitliche Ausbildungsregelung durchzusetzen, orientierten sich die in Thüringen tätigen Ausbildungsstätten an den Ausbildungskonzepten der Altbundesländer. Dies führte zugleich, und dies ist zur Zeit die Realität einer uneinheitlichen Altenpflegeausbildung in der Bundesrepublik, zu einer sehr unterschiedlichen Ausbildungssituation in Thüringen.

Für diese "neuen" Altenpflegerinnen und Altenpfleger wurden jedoch in der Folgezeit nur wenig neue Arbeitsplätze erschlossen. Hier zeigte sich, daß entgegen aller Zielüberlegungen für diese Umschulungsmaßnahmen ein "Austausch" der Berufsgruppen in der Altenhilfe nicht gegeben hat. Landespolitisch war und ist dies auch nicht beabsichtigt. Diese Grundeinstellung wird auch in der nun verabschiedeten landesgesetzlichen Regelung deutlich, die auf ein gleichberechtigtes Nebeneinander beziehungsweise Miteinander der beiden Berufsgruppen Krankenpflege und Altenpflege abzielt. In den Einrichtungen der Altenhilfe, also vornehmlich in den stationären Einrichtungen finden wir also ausreichendes Fachpersonal vor, die Anhaltzahlen für den Einsatz von Fachkräften liegen in diesem Lande im Bereich der Altenhilfe über den Vorgaben der Heimpersonalverordnung.

2. Kurzüberblick zum Thüringer Altenpflegegesetz

Thüringen hat als erstes Bundesland eine **gesetzliche Regelung** geschaffen. Im Gegensatz zu anderen Ausbildungsordnungen der Bundesländern wurde durch die Festlegung der Ausbildungsziele klargestellt, daß im medizinischen Bereich die Altenpflege insofern aufgewertet worden ist, weil sie ermächtigt ist, medizinische Aufgaben zu übernehmen.

So heißt es im § 203 des Thüringischen Altenpflegegesetzes (ThürAltPflG):

"(1) Die Ausbildung soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbständigen und eigenverantwortlichen Betreuung, insbesondere zur Beratung, Begleitung und Pflege alter Menschen in den Bereichen der Altenhilfe und Altenpflege erforderlich sind. Dies umfaßt insbesondere im:

1. geriatrischen/gerontopsychiatrischen Bereich

- a) *die auf medizinisches Grundwissen aufgebaute sach- und fachkundige, umfassende und geplante Pflege,*
- b) *die Mitwirkung bei der Behandlung und Rehabilitation kranker und behinderter alter Menschen, einschließlich der Ausführung ärztlicher Verordnungen,*
- c) *die Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung, einschließlich der Ernährungsberatung,*
- d) *die Begleitung Schwerkranker und Sterbender,*

2. gerontologischen Bereich

- a) *die Hilfe zur Erhaltung und Aktivierung der eigenständigen Lebensführung einschließlich der Förderung sozialer Kontakte,*
- b) *die Betreuung und Beratung alter Menschen in ihren persönlichen und sozialen Angelegenheiten,*
- c) *die Erhaltung und Wiederherstellung individueller Fähigkeiten,*
- d) *die Anregung und Begleitung von Familien- und Nachbarschaftshilfe,*
- e) *die Unterstützung von Selbsthilfe,*
- f) *die Beratung von Angehörigen und Bezugspersonen sowie Betreuerinnen und Betreuer in Ausübung ihrer Aufgaben nach dem Betreuungsgesetz,*

3. berufskundlichen Bereich

- a) *die Grundlage der Gerontologie,*
- b) *die Grundkenntnisse über Strukturen, Funktionen, Rahmenbedingungen der institutionalisierten Altenhilfe,*

- c) die Kenntnisse der für die Berufsausübung notwendigen Gesetze,
- d) die notwendigen Kenntnisse über einschlägige Organisations-, Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben.

(2) Die Ausbildung soll dazu befähigen, mit anderen, in der Altenpflege tätigen Personen zusammenzuarbeiten".

Zu den Grundausbildungen der Altenpflegeberufe gehört auch die Ausbildung zur Altenpflegehilfe. Bei dieser Ausbildung wird deutlich, daß hier ein anderer Ausbildungsstandard angestrebt worden ist. Hier lauten die Ausbildungsziele im § 10 ThürAltPflG:

"Die Ausbildung soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die für eine qualifizierte Betreuung und Pflege alter Menschen unter Anleitung einer Fachkraft erforderlich sind".

Die Schulformen zur Altenpflegeausbildung gehen konform mit den Thüringer Schulgesetzen und den vorgesehenen Regelungen zu dem "Gesetz über Schulen in freier Trägerschaft". Die Schulabschlüsse im Bereich der berufsbildenden Schulen ermöglichen den Eintritt in eine qualifizierte Berufstätigkeit, oder schaffen die Voraussetzungen für weiterführende Bildungsgänge sowie für den Besuch der Hochschule. Dieses gilt sowohl für Schulen in staatlicher Trägerschaft als auch für staatlich anerkannte Schulen in freier Trägerschaft. Somit werden künftig in Thüringen unterschiedliche Schulträgern für die Ausbildung für die Berufe in der Altenpflege zuständig sein:

Staatliche Schulen	4
Medizinische Fachschulen	4
Freie Wohlfahrtspflege	4
Berufsverband	1
Privat-Gewerbliche Träger	11

Es ist in Thüringen erstmals gelungen, mit der Arbeitsverwaltung auf dem Gebiet der Altenpflege eine gemeinsame Ausbildungsstruktur zu entwickeln. Es gibt künftig keine gesonderte Umschulungslehrgänge, sondern Erstausbildung und Umschulung werden gemeinsam in den Ausbildungsstätten und Schulen umgesetzt.

Neu ist auch die gesetzliche Regelung, daß die praktische Ausbildung sowohl für Erstausbildung und Umschulung nur an durch das Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit anerkannten Ausbildungsstätten durchgeführt werden kann (§ 206 ThürAltPflG). Mit dem Gesetz wurde somit eine völlig neue Ausbildungsstruktur geschaffen. Künftig wird es in Thüringen "nur" noch 20 Altenpflegeschulen geben, die jährlichen Ausbildungskapazitäten sind über die Anzahl der mit der Arbeitsverwaltung abgestimmten Umschulungsmaßnahmen und den vom Sozialminister festgelegten Ausbildungsplätzen insofern limitiert. Zwischenzeitlich gibt es über 130 anerkannte Ausbildungsstätten. Diese Ausbildungsstätten sollen künftig ein Qualitätsstandard in der Altenhilfe sein. Anerkannte Ausbildungsstätten schließen mit den Auszubildenden, Erstausbildung oder Umschulung, einen Ausbildungsvertrag ab und haben somit in der Ausbildung einen wichtigen "eigenständigen" Ausbildungsauftrag für die praktische Ausbildung. Die Schulen tragen jedoch die inhaltliche Gesamtverantwortung.

3. Weiterqualifikationen

Lassen sie mich kurz auf weitere Eckpunkte des Thüringer Altenpflegegesetzes eingehen:

- Die Grundausbildung oder Umschulung für alle Berufe in der Altenpflege erhalten die gleichen (auch zeitlichen) Rahmenbedingungen, um einen der Krankenpflege vergleichbaren qualifizierten Berufsabschluß zu gewährleisten. Der Schwerpunkt des Ausbildungsansatzes liegt im Gegensatz zu der Diskussion in den Alten Bundesländern nunmehr auf der Erstausbildung - Altenpflege ist somit künftig kein Umschulungsberuf. Dies drückt sich auch in der Gewährung einer Ausbildungsvergütung in Anlehnung an das Krankenpflegegesetz aus.
- Wenn wir Menschen für eine langfristige Perspektive in der Altenhilfe und Altenpflege gewinnen wollen, kommt den staatlich anerkannten Weiterqualifikationsmöglichkeiten in diesem Berufsfeld eine besondere Bedeutung zu. Der Gesetzgeber hat hier auch wichtige Rahmenkriterien im § 209 ThürAltPflG als Vorgabe

für diese Perspektiven gegeben. Hier heißt es zu den Zielen der Weiterbildung:

"(1) Weiterbildung soll die in der Ausbildung und beruflichen Praxis erworbenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten erweitern und vertiefen mit dem Ziel, zusätzliche berufliche Qualifikationen zu vermitteln, die zur Übernahme bestimmter Funktionen oder Aufgabenbereiche in der Altenhilfe befähigen. Eine Weiterbildung soll sich insbesondere auf folgende Aufgabenbereiche erstrecken:

- 1. ambulante und mobile Altenpflege,*
- 2. Prävention und Rehabilitation in der Altenpflege,*
- 3. Altenpflege bei gerontopsychiatrischen Krankheiten,*
- 4. Vorbereitung auf eine Leistungsfunktion in der Altenpflege.*

(2) Die Weiterbildung schließt mit einer staatlichen Prüfung ab."

Das Problem der Weiterbildung und deren Zertifikate ist in der Bundesrepublik noch nicht gelöst. Auf Initiative des Landes Hessen ist nach sehr schwierigem Verlauf nunmehr über den Bundesrat eine Gesetzesinitiative für ein Bundesaltenpflegegesetz in den Bundestag eingebracht worden. Bei der Beratung des Gesetzesantrags wurde schon deutlich, daß die Weiterbildung aus verfassungsrechtlichen Erwägungen nicht auf Bundesebene rechtlich gelöst werden kann.

Bundesweit werden z.Zt. viele Vorschläge über Weiterqualifikationen diskutiert, die sowohl inhaltlich als auch in den Rahmenbedingungen sehr von einander abweichen. Angereichert wird jetzt die Diskussion noch um die Bemühungen von Fachhochschulen, die Akademisierung der Pflegeberufe zu initiieren und/oder weiter voran zu bringen.

Bei den Überlegungen den Gesetzauftrag in Thüringen weiterzubringen gibt es für mich verschiedene Grundfragestellungen, die es abzustimmen gilt.

Zielvorstellungen der Weiterbildung:

- Ausrichtung auf bestimmte Funktionsbereiche – Leitungsfunktionen
- Vergleichbarkeit von Abschlüssen durch curriculare Abstimmung auf Länderebene

- Klärung der "Wertigkeit" der Abschlüsse bei der Weiterentwicklung von Akademischen Abschlüssen zwischen Abschlüssen an Fachhochschulen oder anderen Bildungsträgern.

Weiterbildungskonzepte

- Neue Formen berufsbegleitender Weiterbildung durch Vernetzung von Fortbildungsangeboten im Sinne eines modularen Systems
- Regional berufsbegleitende Ansätze zur Integration von Altenhilfe und Gesundheitshilfe.

4. Perspektiven

Für die Umsetzung des Thüringer Altenpflegegesetz kann in Thüringen ein Fachbeirat eingesetzt werden.

Auf dieser Ebene ist es möglich, vorhandene Konzepte der Fachverbände oder Berufsverbände einzubringen und möglichst zügig Rahmenbedingungen für Weiterqualifikationen zu entwickeln. Die Absicht des Thüringer Ministeriums für Soziales und Gesundheit ist, diese Fachkompetenz zu nutzen.

Zusammenfassend kann daher festgestellt werden: Das **Thüringer Gesetz über die Berufe in der Altenpflege** erfüllt die in der Fachöffentlichkeit und den Berufsverbänden/Gewerkschaften aktualisierten Fachkriterien an eine Neuordnung der Aus- und Weiterbildung für die Berufe in diesem Arbeitsschwerpunkt.

Michael Hack

Statement zum Thema: Perspektiven für die Aus- und Weiterbildung in Pflegeberufen

Gerade in den neuen Bundesländern und hier besonders in Thüringen, legte und legt die Arbeiterwohlfahrt große Bedeutung in die Aus- und Weiterbildung von Mitarbeitern in den verschiedensten Pflegeberufen.

Die Anerkennung unserer Einrichtung in Gera-Kaimberg durch das Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit ermöglicht uns, dort folgende Ausbildungsbereiche anzubieten:

1. Berufsschule mit dem Ausbildungsgang als Arzthelfer
2. Berufsfachschule mit dem Ausbildungsgang als Altenpfleger
3. Fachschulen mit den Ausbildungsgängen als Familienpfleger, als Heilerziehungspfleger und Heilpädagoge.

Es wurde noch eine Schulform beantragt: Berufsschule mit dem Ausbildungsgang als Sozialassistent. Damit leisten wir einen unverzichtbaren Anteil an einer bedarfsorientierten und bedarfsgerechten Ausbildung in Thüringen.

Die aktuellen Probleme der gesellschaftlichen Organisation von Pflege haben das Schlagwort "Pflegenotstand" entstehen lassen. Damit bezeichnet man die qualitative und quantitative Unterversorgung pflegebedürftiger Menschen. Die Ursachen liegen neben der demographischen Entwicklung in den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen. Die sich immer mehr zuspitzende Personalknappheit in den alten Bundesländern macht deutlich, daß die Attraktivität der Pflegeberufe keinen hohen Stellenwert besitzt. In den neuen Bundesländern ist nach einer Stabilisierung auf dem Arbeitsmarkt mit einer ähnlichen Entwicklung zu rechnen. Um diesem Trend entgegenzuwirken, muß eine Neuordnung in diesem Bereich erfolgen und alte klischeehafte Vorstellungen, die auch heute noch zum großen Teil mit dem Bild einer Kranken- oder Altenpflegerin verbunden sind, abgebaut werden.

Ein kurzer Blick in die Geschichte zeigt uns deutlich die Hintergründe dieses Frauenberufes auf. Die Frau hatte in der Gesellschaft und im öffentlichen Leben eine unbedeutende Rolle gespielt. Ihre Aufgabe bestand in Haushaltsführung und Kinderbetreuung. Dem Wesen und der Natur der Frau wurden Eigenschaften wie Zartheit, Passivität, Mütterlichkeit und Altruismus zugeschrieben. Im 19. Jahrhundert machten sich kirchliche und weltliche Schwesternschaften diese Ideale für die Krankenpflege nutzbar.

Die Entwicklung der modernen Medizin brachte die Teilung von Medizin und Pflege. Die Medizin wurde rationalisiert, spezialisiert und entfernte sich immer mehr vom Patienten. Da die Medizin ohne Pflege und psychosoziale Leistungen jedoch nicht denkbar ist, wurden diese Aufgaben von Frauen, die die Kompetenz der Ärzte nicht in Frage stellen, übernommen. Den Frauen wurden ihre geschlechtsspezifischen Eigenschaften als unverzichtbar suggeriert und entsprechend der so proklamierten karitativen Berufung erfolgt die Entlohnung.

Ohne die Einsicht in diese historischen Zusammenhänge werden alte Fehler wiederholt, können neue Pflegemodelle sich nicht oder allenfalls zu Lasten der Pflegekräfte und der Pflegebedürftigen durchsetzen.

Die deutlich sichtbaren Professionalisierungstendenzen in den Pflegeberufen zeigen, daß die traditionelle Rolle des Dienens abgelegt wird und dem Beruf der Pflegefachkraft neue Aufgaben und Kompetenzen zugeschrieben werden müssen. An diesem Punkt scheint es nötig, die bestehenden Arbeitsbedingungen und Anforderungen, die mit der Arbeit in der Pflege verbunden sind, zu hinterfragen. Die Fachpflegekraft befindet sich in einem ständigen Abhängigkeitsverhältnis vom Arzt. Obwohl durch qualifizierte Aus- und Weiterbildung befähigt, kompetent und eigenverantwortlich zu handeln, ist sie aber als Angehörige eines Heilhilfsberufes an ärztliche Verordnung gebunden. Dem Kompetenzanspruch einer Fachkraft für Pflege sollte Rechnung getragen werden, auch das würde die Attraktivität dieses Berufes erhöhen und ihm die nötige Anerkennung bringen. Hier sind durchgreifende Veränderungen dringend erforderlich, das Verharren in untergeordneten Berufsstrukturen steht einer Professionalisierung entgegen. Dem Beruf einer Pflegekraft muß ein eigenes Profil gegeben werden. Pflegestandards, die den Mitgliedern dieses Berufszweiges zur Kontrolle ihrer Tätigkeit dienen

sollen, werden zur Zeit überall diskutiert. Dabei ist es aber von großer Wichtigkeit, die Besonderheit der Pflege am Menschen zu unterstreichen. Die Standards müssen allgemeingültig sein, aber einen individuellen Spielraum, den jede kompetente Fachkraft füllen und gestalten kann, beinhalten. So kann Pflege als eigenständiger Beruf und nicht als "Tätigkeitsbeschreibung" im Fachbereich der Medizin gesehen werden. Professionalisierung beinhaltet neben der Steigerung der Qualität der Arbeit am Krankenbett, in Alten- und Pflegeheimen, in Sozialstationen und überall dort, wo Pflegende ihr Wissen in die tägliche Praxis umsetzen, auch die Normalisierung der Arbeitsbedingungen.

Dazu gehören eine leistungsgerechte Entlohnung und eine überschaubare Lebens- und Berufsplanung und diese mit Karrieremöglichkeiten. Eine leistungsfähige und eigenständige Pflegewissenschaft muß aufgebaut werden. So kann man erreichen, daß der Pflegeberuf gegenüber anderen Berufsfeldern attraktiver und wettbewerbsfähiger gestaltet wird.

Eine Neuordnung der pflegerischen Fort- und Weiterbildung ist dringend nötig und sollte nicht mit den allgemein üblichen Zertifikaten enden. Die Möglichkeit, Pflegewissenschaft zu studieren, auch als Fachhochschulstudium für Pflegekräfte in Studiengängen Management, Pädagogik und Pflegewissenschaft muß in nächster Zeit angedacht werden.

Die Pflegeberufe, in denen es bisher wenig Aufstiegsmöglichkeiten gibt, müssen attraktiver und kompetenter gestaltet werden und durch gezielte Fördermaßnahmen in die Praxis umgesetzt werden.

Hermann Kurtenbach

Statement zum Thema: Perspektiven für die Aus- und Weiterbildung in Pflegeberufen

Situationsbeschreibung

Die Pflege ist eine der zentralen Säulen in der Krankenversorgung. Ihr Gewicht wird sich in der Zukunft noch verstärken. Krankenpflege ist ein Beruf mit Zukunft. Ein Grund dafür ist der Wandel der Krankheitsbilder. An die Stelle der Infektionskrankheiten sind heute chronische und degenerative Erkrankungen getreten, die durch irreparable Beeinträchtigungen, lange und komplizierte Therapiezustände kennzeichnend sind.

Der Anteil alter Menschen an der Bevölkerung nimmt kontinuierlich zu. Verbunden damit steigt die Zahl der Pflegebedürftigen, insbesondere der Schwerstpflegebedürftigen. Das selbstbestimmte Leben von Behinderten zu Hause stellt neue Anforderungen an die Pflege. Rehabilitativ orientierte und gesundheitserhaltende Pflege gewinnt an Bedeutung. Konzepte für langfristige Pflege in häuslicher Umgebung sind deshalb gefragt.

Einbezogen in die Pflege sind heute neben den dazu ausgebildeten Fachkräften eine Vielzahl von Helfern, hauptsächlich aus den Familien. Längst hat sich jedoch herausgestellt, daß die "Institution Familie" an die Grenzen der Belastbarkeit gelangt ist. Deshalb entsteht eine gesteigerte Nachfrage nach professioneller Pflege. In alle weiteren Überlegungen, wie die Pflege den gewachsenen Anforderungen gerecht werden kann, muß aber auch weiterhin die "Laienpflege" einbezogen bleiben.

Die Bundesregierung hat im Rahmen unseres föderalistischen Staatsaufbaus vor allem zwei Handlungsfehler bei der Gestaltung der Profile der Krankenpflege: Die Krankenhausgesetzgebung und die Regelung der Krankenpflegeausbildung. Auf beiden Gebieten hat die Bundesregierung wichtige Grundlagen geschaffen.

Pflegepersonalregelung

Im Gesundheitsstrukturgesetz ist es trotz des allgemeinen Kostendrucks gelungen, eine neue leistungsorientierte Personalbemessung in den Krankenhäusern einzuführen. Die Budgetierungsregelungen des Gesundheitsstrukturgesetzes gelten insoweit nicht.

Die "Pflege-Personalregelung" verbessert nicht nur die Stellensituation im Pflegebereich der Krankenhäuser. Sie leistet darüber hinaus auch einen wichtigen Beitrag zum Selbstverständnis der Pflegeberufe. Auch wenn ich in den letzten Jahren Fortschritte sehe, so wünsche ich mir doch, daß es der Pflege gelingt, von diesem Punkt ausgehend noch mehr Selbstbewußtsein zu entwickeln. Der Stellenwert der Krankenpflege in einer Gesellschaft ist gleichzeitig auch der Seismograph für den Grad ihrer Menschlichkeit.

Menschen, die in der Pflege tätig sind, üben nicht nur einen Beruf von herausragender Bedeutung aus, der – neben anderen Berufsgruppen innerhalb des Krankenhauses – Eigenständigkeit beanspruchen darf und dies immer wieder einfordern muß. Nur auf dieser Basis, verbunden mit Professionalität und guter Pflegequalität, ist eine enge, partnerschaftlich geprägte Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen im Krankenhaus möglich.

Lassen Sie mich an dieser Stelle die Notwendigkeit der Teamarbeit im Krankenhaus besonders betonen. Ich weiß, daß das Verhältnis zwischen der Pflege und dem ärztlichen Dienst noch immer von Hierarchismen belastet ist. Hier sind Veränderungen möglich und nötig.

Die beiden wichtigsten und auch größten Berufsgruppen im Krankenhaus sind die Krankenschwestern und Pfleger auf der einen und Ärzte und Ärztinnen auf der anderen Seite. Schon dies macht deutlich, daß wir es bis heute nicht geschafft haben, den Teamgedanken zu verinnerlichen. Im übrigen: Das Problem der Zusammenarbeit und des noch vorhandenen Denkens in Hierarchien beginnt im Sprachlichen.

Wir sprechen von "Ärztinnen" und "Ärzten", aber – quasi versachlichend – von "Pflegekräften". Wir haben in dem geeinten Deutschland rund 3.500 Krankenhäuser, in denen mehr als 100.000 Ärztinnen und Ärzte, sowie fast 500.000 Schwestern und Pfleger arbeiten. Sie alle ar-

beiten auf dasselbe Ziel hin, nämlich den ihnen anvertrauten Patienten zu heilen, die Verschlimmerung seiner Krankheit zu verhüten oder seine Beschwerden zu lindern. Jede dieser beiden Berufsgruppen trägt durch ihre fachkompetente Arbeit dazu bei, dieses Ziel zu erreichen; im übrigen können nach meiner Erfahrung beide Berufsgruppen voneinander lernen. Das gemeinsame Ziel – in der freien Wirtschaft nennt man es das Unternehmensziel – ist eine wichtige Voraussetzung der partnerschaftlichen Kooperation.

Eine weitere wichtige Voraussetzung ist die Standortbestimmung der Pflege selbst. In der Denkschrift der Robert-Bosch-Stiftung "Pflege braucht Eliten" heißt es dazu: "Das Berufsbild der Krankenpflege und das Selbstverständnis der Pflegenden haben mit dem Wertewandel und den gesellschaftlichen Veränderungen nicht Schritt gehalten. Der einzige qualifizierte Frauenberuf des 19. Jahrhunderts hat seine damals unumstrittene soziale Position verloren." Das ist sicher auch ein Ergebnis der Technisierung unserer Gesellschaft, in der Effizienz, Wirtschaftlichkeit oder Produktivität mehr zu zählen scheinen als Fürsorge, Hinwendung oder Dienen. Allein die demographische Entwicklung wird uns mit jedem Jahr deutlicher machen, von welcher zentralen Bedeutung die Pflege für unsere Gesellschaft ist. Ich sehe nicht nur Negatives, wenn ich mir die Diskussion zum "Pflegenotstand" vergegenwärtige; sie hat uns die Augen für dieses Problem weit geöffnet.

Noch ein letztes Wort zu diesem Themenbereich. Der Pflegeberuf ist noch immer ein typischer Frauenberuf, so wie der Arztberuf noch überwiegend Männern vorbehalten ist. Insofern ist nach meiner Überzeugung die Standortbestimmung für die Pflege auch ein Stück Emanzipation.

Krankenpflegeausbildung

Der zweite große Bereich, in dem die Bundesregierung Gestaltungsmöglichkeiten hat, betrifft die Krankenpflegeausbildung. Deren Wurzeln gehen weit zurück.

Die Krankenpflege hat in Deutschland, wie in den meisten europäischen Ländern, ihren jahrhundertealten Ursprung im caritativen Wirken christlicher Ordensgemeinschaften oder religiöser Genossenschaften, die die

Krankenpflege als christlichen Liebesdienst am kranken Menschen ausübten. Nach Jahrhunderten der Hochblüte und nach Zeiten des Niedergangs dieser speziellen Ausbildungsform der christlichen Caritas gegen Ende des 17. Jahrhunderts dauerte es verhältnismäßig lange, bis die Krankenpflege in Deutschland in das besondere Blickfeld des Staates geriet und neu geordnet wurde.

Erst in diesem Jahrhundert entstanden auf Grund eines Bundesratsbeschlusses vom 22. März 1906 in den einzelnen Bundestaaten des Deutschen Reiches einzelstaatliche Vorschriften über eine staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen.

Der Boden für eine Erneuerung der Krankenpflege in Deutschland war vorher durch die konfessionellen Schwesterngemeinschaften sowie durch herausragende Persönlichkeiten wie Theodor Fliedner und Agnes Karll im 19. Jahrhundert vorbereitet worden. Im Jahre 1866 wurde die erste deutsche Rotkreuz-Schwesternschaft durch die Großherzogin Luise von Baden gegründet bis es 1882 zur Gründung des Verbandes der deutschen Rotkreuzschwesternschaften kam. Im Jahre 1903 gründete Agnes Karll die Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands. Agnes Karll hatte sich daneben frühzeitig für eine staatliche Prüfung eingesetzt. Nach 1906 legten die Mutterhauschwestern in zunehmendem Maße staatliche Prüfungen ab und bewarben sich um staatliche Anerkennung. Die Krankenhäuser folgten der Anregung, nach Möglichkeit staatlich anerkanntes Personal zu beschäftigen.

Eine reichseinheitliche Regelung erfolgte für die allgemeine Krankenpflege jedoch erst im Jahre 1938 durch den Erlaß eines Krankenpflegegesetzes und der Krankenpflegeverordnung, ein Jahr später durch eine Säuglings- und Kinderpflegeverordnung. Die Ausbildung umfaßte jeweils einen Lehrgang von anderthalb Jahren. 1942 wurde der Lehrgang auf zwei Jahre verlängert.

Eine bundeseinheitliche Regelung brachte das Krankenpflegegesetz aus dem Jahre 1957. Dieses Gesetz wurde 1968 und 1972 in den Zulassungsvoraussetzungen geändert.

Das Krankenpflegegesetz von 1985

Tragendes Ziel in der Krankenpflegeausbildung ist die Qualitätssicherung zum Wohle des Patienten. Das derzeit geltende Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege vom 4. Juni 1985 stellt das Führen der Berufsbezeichnung "Krankenschwester/Krankenpflegehelfer", "Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger", "Krankenpflegehelferin/Krankenpflegehelfer" unter besonderen Schutz. Es verzichtet wie die anderen Gesetze über nichtärztliche Heilberufe darauf, die Tätigkeit in der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege oder Krankenpflegehilfe an den Besitz der Berufserlaubnis zu binden.

Dennoch, das heißt also, obwohl das Gesetz ausdrücklich nur die Berufsbezeichnung unter den besonderen staatlichen Schutz stellt, erfährt die Ausübung der Krankenpflege in der Praxis hierdurch einen nicht zu unterschätzenden Schutz, da die Arbeitgeber aus haftungsrechtlichen Gründen für eine qualifizierte Krankenpflégetätigkeit in der Regel nur examinierte Pflegekräfte einsetzen.

Das Krankenpflegegesetz regelt mit dem Ziel der Qualitätssicherung die wichtigsten Grundlagen zur Durchführung der Ausbildung, das Ausbildungsziel, Dauer und Struktur der Ausbildung, Anforderungen an die Ausbildungsstätten und die Voraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung. Im Gegensatz zu den anderen Ausbildungsgesetzen wird auch das Ausbildungsverhältnis einheitlich geregelt. Die Einzelheiten sind Ihnen sicher bestens vertraut. Bei der Gestaltung der Ausbildung hat der Gesetzgeber sich unter anderem an den Richtlinien der Europäischen Gemeinschaft orientiert, die zur Vereinheitlichung der Krankenpflegeausbildung in Europa im Jahre 1977 erlassen wurden.

Krankenpflegeausbildung in der DDR

Im Zuge des Beitritts der DDR zur Bundesrepublik Deutschland war auch zu prüfen, ob und in welchem Umfang die Ausbildungen in der Krankenpflege an den Medizinischen Fachschulen der DDR mit der westdeutschen Krankenpflegeausbildung vergleichbar sind und welche Regelungen hinsichtlich der Überleitung des Krankenpflegegesetzes getroffen werden konnten. Es bestätigte sich, was bei der Erlaubnisertei-

lung an viele Übersiedler von westdeutschen Behörden festgestellt worden war: Die Krankenpflegeausbildung in der DDR war der Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz gleichwertig. So wurde bei den Verhandlungen über den Einigungsvertrag Einvernehmen erzielt, die Medizinischen Fachschulen ohne weiteres als Krankenpflegeschulen im Sinne des Krankenpflegegesetzes anzuerkennen und die in der DDR erteilten Berufserlaubnisse den Erlaubnissen nach dem Krankenpflegegesetz gleichzustellen. Das Krankenpflegegesetz gilt seit dem 3. Oktober 1990 in ganz Deutschland.

Fort- und Weiterbildungen: Aufgaben der Länder

Immer wichtiger werden die Bereiche der Fort- und Weiterbildung. Hier tragen vor allem die Bundesländer die Verantwortung. Die Bundesregierung unterstützt nachdrücklich die Bemühungen der Länder.

Zur Aufwertung der Pflege und die Qualifizierung durch weiterführende Studiengänge

Die Gesundheitsministerkonferenz hat sich in ihrer Entschließung zur "Verbesserung der Personalsituation in der Krankenpflege" 1991 dafür ausgesprochen, "die Weiterbildung des Pflegepersonals zu Unterrichtsschwestern/zum Unterrichtspfleger sowie zur Pflegedienstleitung auf Hochschul-, Fachhochschul- oder Akademieebene anzusiedeln". Dies begrüße ich nachdrücklich.

Ich denke, daß insbesondere die Schaffung weiterführender Bildungsabschlüsse in der Kranken- und Altenpflege, die auch eine Ausbildung zur Unterrichtsschwester, zum Unterrichtspfleger sowie zur Pflegedienstleitung an Fachschulen vorsehen, notwendig sind.

Ich begrüße auch ausdrücklich, das die Konferenz der Kultusminister sowie der Gesundheitsminister der Länder auf der Grundlage der "Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Entwicklung Fachhochschulen in den 90er Jahren" eine gemeinsame Arbeitsgruppe gebildet hat, die sich mit den Möglichkeiten der Einrichtung von Studiengängen im Tätigkeitsfeld "Gesundheitswesen" befaßt.

Es kommt entscheidend darauf an, daß vor allem die Pflegenden selbst ihre Vorstellungen dazu mit einbringen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß ein breiter Konsens besteht, die weiterführenden Studiengänge an Fachhochschulen oder Universitäten zu etablieren; ihre inhaltliche Ausführung wird von den Ländern zu regeln sein, die die Kulturhoheit besitzen. Die bereits entwickelten unterschiedlichen Modelle sind dafür eine gute Grundlage.

Es zeigt sich schon jetzt, daß sich die verschiedenen Studiengänge eines großen Zuspruchs erfreuen, was die hohen Interessentenzahlen für die vorgesehenen oder in den Ländern bereits angelaufenen Modellvorhaben beweisen.

Aufwertung der Pflege

Bei aller Notwendigkeit der inhaltlichen Aufwertung der Pflege darf allerdings nicht vernachlässigt werden, daß die **Pflegertätigkeit selbst aufgewertet** werden muß, und sich nicht nur an einigen herausragenden Funktionen orientieren darf. **Auch das Verbleiben in der direkten Pflege muß attraktiver werden!**

Die berufliche Qualifizierung darf nicht von der direkten Pflege wegführen. Bei allen Überlegungen muß deshalb **Praxisnähe der Maßstab** sein. Der Prozeß der Akademisierung, der in erster Linie der Schaffung, Erprobung, Durchsetzung und Einführung neuer Konzepte in der Pflege dienen soll, muß nach meiner Überzeugung dazu nicht in Widerspruch stehen.

Weiterentwicklung der Berufsausbildung

Zur Weiterentwicklung der Berufsausbildung – aber auch zu Fort- und Weiterbildung und zu den weiterführenden Studiengängen – hat der Berufsverband der Pflegeberufe ein Bildungskonzept "Pflege 2000" im vergangenen Jahr vorgelegt. Danach sollte auch in Deutschland die grundständige **Ausbildung** in den Pflegeberufen sowohl an Berufsfachschulen als auch an Fachschulen möglich sein.

Für die "generalistische pflegerische Grundausbildung" an den Berufsfachschulen ist eine Zeitdauer von vier Jahren vorgesehen. In der ersten Phase soll eine gemeinsame Grundausbildung angeboten werden, bei gleichzeitig ab dem zweiten Ausbildungsjahr beginnender praktischer Ausbildung in der pflegerischen Praxis.

In der zweiten Phase soll dann die theoretische und praktische Ausbildung in den Bereichen Alten-, Kinderkranken- und Krankenpflege stattfinden. Im vierten Ausbildungsjahr sollen entsprechende Spezialisierungen gewählt werden können. Mit dem Abschluß der vierjährigen Ausbildung soll auch die allgemeine Fachhochschulreife erworben werden.

Bewerber mit Hochschul- und Fachhochschulreife sollen einen direkten Zugang zu einem "Generalistischen Berufsausbildungsstudium" im Hochschulbereich erhalten.

Diese Vorstellungen des Berufsverbandes der Pflegeberufe zur Weiterentwicklung der Berufsausbildung müssen offen diskutiert werden. Dabei muß man sich auch mit der bislang von Bund und Ländern vertretenen Gegenauffassung auseinandersetzen.

Eine Verlängerung der Krankenpflegeausbildung von drei auf vier Jahre wird dort aus didaktischen wie zwingenden Kostengründen als nicht realisierbar angesehen. Auch gemeinschaftsrechtliche Gesichtspunkte erfordern keine Verlängerung der im Krankenpflegegesetz von 1985 geregelten Grundausbildung. Die dreijährige Grundausbildung entspricht im übrigen der in der EG und in den EFTA-Staaten (Europäischer Wirtschaftsraum-EWR) üblichen tatsächlichen Ausbildungsdauer. Eine verlängerte Ausbildung könnte motivierte Bewerber außerdem abschrecken.

Umstritten ist auch die Frage des Berufszugangs. Nach dem Krankenpflegegesetz ist **Zugangsvoraussetzung** zum Beruf der/des Krankenschwester/-pflegers z.Zt. der Nachweis eines mittleren Bildungsabschlusses. Gelegentlich wird die Forderung erhoben, das **Abitur** müsse Voraussetzung für den Berufszugang sein. Seitens der **Länder**, die die Kulturhoheit besitzen, und des **Bundes**, der die Kompetenz zur Regelung des ersten Zugangs besitzt, wird dies **übereinstimmend** kritisch gesehen. Abgesehen von den nicht abschätzbaren Folgen für andere

Fachberufe und den damit verbundenen Kosten vertreten Bund und Länder die Auffassung, daß begabten und motivierten Berufsbewerbern mit mittlerem Bildungsabschluß auch weiterhin der Zugang zu diesen **praktischen** Berufen erhalten bleiben müsse. Ich teile diese Einschätzung.

Im Zusammenhang mit der Diskussion der Professionalisierung der Pflege wird neuerdings auch wieder die Frage der **vorbehaltenen Tätigkeiten** diskutiert. Die Absicht einer stärkeren "Professionalisierung" der Krankenpflege reicht für eine Begründung vorbehaltener Tätigkeiten für Krankenschwestern und -pfleger m.E. nicht aus. Vor allem muß bedacht werden, daß wegen der kaum zu gewähleistenden juristischen Abgrenzbarkeit vorbehaltener von nicht vorbehaltenen Tätigkeiten gerade im Bereich der Krankenpflege ein ständiges Konfliktpotential entstehen könnte.

Ergebnis

Lassen Sie mich zusammenfassend sagen: Ich bin der Auffassung, daß die von uns allen erwünschte Professionalisierung in der Pflege nicht alleine mit Hilfe des Krankenpflegegesetzes oder anderen gesetzlichen Vorschriften erreicht werden kann. Nur im täglichen Miteinander der Krankenpflegeberufe mit anderen Heilberufen, insbesondere mit den Ärzten, können die Eigenständigkeit und die Professionalisierung gefördert werden. Daneben müssen auch andere Wege wie gerechter Lohn, Schaffung von Karrierechancen durch Fort- und Weiterbildung, familien- und kinderfreundliche Umfeldbedingungen (zumutbare Schicht- und Teilzeitarbeitbedingungen, Einrichtung von Kindergärten usw.) beschritten werden. Hier sind die Krankenhauswirtschaft, zumal die Träger gefordert, indem sie z.B. die Pflegeberufe in die Leitungsgremien aufnehmen oder in den Krankenhaussatzungen rechtliche Grundlagen für ein partnerschaftliches Zusammenwirken von Ärzten und Pflegepersonal regeln. Außerdem könnten Tätigkeitsbereiche wie die Pflegedienstleitung, Erstellung von Pflegeplänen u.a. für diese Tätigkeiten ausgebildeten Pflegeberufen eigenverantwortlich zugeteilt werden. Lassen Sie und gemeinsam dafür immer wieder neue Anstöße geben.

Einige der aufgezeigten Strategien zur Stärkung der Professionalisierung sind in Bund und Ländern bereits besprochen, sie sind jedoch bei weitem noch nicht ausgeschöpft. Gesetze können nur Anstöße geben. Die Umsetzung liegt ganz wesentlich in den Händen der Krankenpflegeberufe selbst und der Krankenhausträger.

Krankenpflegegesetz und die Pflege-Personalregelungen enthalten eine Fülle an Entwicklungsmöglichkeiten für die Pflege, die aufgegriffen und weiterentwickelt werden müssen, um zu dem Ziel einer eigenständigen Pflege zu kommen. Wir alle sind aufgerufen, immer wieder Klima und Bedingungen zu schaffen, die ein partnerschaftliches Zusammenwirken aller Heilberufe zum Wohle des Patienten herbeiführen.

Die Zeichen für die Zukunft stimmen mich hoffnungsvoll. Neuesten Trendmeldungen zufolge beginnen sich wieder zunehmend junge Menschen für die Berufe in der Pflege zu interessieren. Krankenpflegeschulen melden wieder ausgebuchte Plätze. Dies mag auch eine der Auswirkungen der derzeitigen wirtschaftlichen Krise sein. Vielleicht. Es ist jedoch ein Zeichen der Hoffnung, daß der Beruf Zukunft hat. Enttäuschen wir diese jungen Menschen nicht, dies möchte ich den pluralen Verantwortungsträgern zurufen, indem wir erstarrte Strukturen weiter zu konservieren versuchen. Das Neue bricht sich Bahn. Daß sich die beginnenden Veränderungen in der Pflege in geordneten Bahnen vollziehen, die zu lohnenden und dauerhaften Lebenszielen führen, daran müssen wir alle mitwirken.

Referenten, Tagungs- und Diskussionsleitung

Brigitte Bach, ÖTV-Hauptverwaltung, Abteilung "Krankenhäuser", Stuttgart

Marita Bauer, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Bundesverband e.V., Eschborn

Ruth Brandherm, Abt. Arbeits- und Sozialforschung der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn

Angelika Drewelow, Medizinische Schule am Carl-Thiem-Klinikum, Cottbus

Peter Ludwig Eisenberg, Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit, Erfurt

Michael Hack, Arbeiterwohlfahrt, Thüringen

Birgit Kleinstück, Charité, Institut für Medizinische Soziologie, Berlin

Dr. Sabine Kühnert, Institut für Gerontologie, Dortmund

Hermann Kurtenbach, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

Christa Lörcher, MdB, Bonn

Barbara Meifort, Bundesinstitut für Berufsbildung, Berlin

Edelgard Neukirch, Brandenburgisches Institut für Sozialforschung und Sozialplanung e.V., Petershagen

Ingrid Rehwinkel, Ministerium für Arbeit, Soziales, Jugend und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein, Kiel

Jutta Staudenmaier, Arbeiterwohlfahrt, Bruchhausen-Vilsen

Paul Vath, Städtisches Krankenhaus München-Harlaching

Reihe "Gesprächskreis Arbeit und Soziales"

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 1

Ausländer im vereinten Deutschland – Perspektiven der Ausländerpolitik (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 2

Industriebetriebe an der Schwelle zur Marktwirtschaft (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 3

Zuwanderungspolitik der Zukunft (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 4

Modernes Management in Unternehmen der alten und neuen Bundesländer

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 5

Zukunft des Gesundheitswesens in den neuen Bundesländern

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 6

Multikulturelle Gesellschaft – Der Weg zwischen Ausgrenzung und Vereinnahmung? (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 7

Ursula Mehrländer, Günther Schultze

Einwanderungskonzept für die Bundesrepublik Deutschland – Fakten, Argumente, Vorschläge (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 8

Zukunft sozialer Einrichtungen und sozialer Dienste in den neuen Bundesländern (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 9

Sicherung des Gesundheitswesens in den 90er Jahren (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 10

Branchenentwicklungen und Handlungsperspektiven betrieblicher Interessenvertreter in den neuen Bundesländern

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 11

Der ostdeutsche Maschinenbau – Wege zur internationalen Wettbewerbsfähigkeit

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 12
Flüchtlingsbewegungen und das Recht auf Asyl (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 13
Verzahnung von Arbeitsmarkt-, Regional- und Wirtschaftspolitik – Eine dringende Aufgabe in den neuen Bundesländern (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 14
Einwanderungsland Deutschland: Bisherige Ausländer- und Asylpolitik – Vergleich mit europäischen Ländern (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 15
Fremdenfeindlichkeit und Gewalt – Ursachen und Handlungsperspektiven (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 16
Veränderung des Arbeitsschutzrechtes in der Bundesrepublik Deutschland (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 17
Gesundheitsstrukturgesetz – Geeignet zur Lösung der Probleme im Gesundheitswesen? (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 18
Neue Ansätze in der Arbeitsmarktpolitik – Ist ein Gesamtkonzept für die neuen und alten Bundesländer erforderlich? (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 19
Deutsche und Polen – Zwischen Nationalismus und Toleranz (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 20
Betriebliche Gesundheitspolitik auf dem Prüfstand – Sind neue Konzepte für alternde Belegschaften erforderlich?

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 21
Entstehung von Fremdenfeindlichkeit – Die Verantwortung von Politik und Medien (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 22
Partizipationschancen ethnischer Minderheiten – Ein Vergleich zwischen Großbritannien, den Niederlanden und der Bundesrepublik Deutschland (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 23
Fremdenfeindlichkeit und Rassismus – Herausforderung für die Demokratie (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 24
Gesundheitspolitik in Unternehmen der neuen Bundesländer (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 25
Weiterentwicklung der Behindertenpolitik in Deutschland

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 26
Das duale System der Berufsausbildung in der Sackgasse? – Modernisierungsdruck und Reformbedarf (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 27
Den Zweiten Arbeitsmarkt fördern – Ein ökonomisch und sozial tragfähiges Konzept?

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 28
Ausbildung und Beschäftigung – Übergänge an der zweiten Schwelle

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 29
Chancengleichheit für ausländische Jugendliche

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 30
Privatisierung von Gesundheitsleistungen – Die soziale Krankenversicherung auf Abwegen

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 31
Einwanderungspolitik Kanadas und der USA – Beispiele für die Bundesrepublik Deutschland?

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 32
Von der Ausländer- zur Einwanderungspolitik

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 33
Verzahnung von Arbeitsmarkt- und Arbeitszeitpolitik – Mehr Weiterbildung bei veränderten Arbeitszeiten?

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 34
**Minderheiten- und Antidiskriminierungspolitik: Alternative zur
Integration?**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 35
Ost-West-Migration – Fluchtursachen und Handlungsperspektiven

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 36
**Soziale Sicherung auf dem Prüfstand – Gerät die Rentenversiche-
rung ins Wanken?**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 37
Gesundheitsstrukturgesetz – Bilanz und Perspektiven

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 38
Der Berliner Arbeitsmarkt im Umbruch

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 39
**Bedeutung des demographischen Wandels – Frauenerwerbstätig-
keit, Zuwanderung –**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 40
**Bedeutung des demographischen Wandels – Erwerbsarbeit, Beruf-
liche Qualifizierung, Weiterbildung**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 41
Zukunft der Pflege – Zukunft der Pflegeberufe

*Die Broschüren sind kostenlos zu beziehen bei:
Friedrich-Ebert-Stiftung
Abt. Arbeits- und Sozialforschung*

D-53170 Bonn